CADRE STRATEGIQUE National de Lutte Contre le SIDA-CNLS
TABLE DES MATIERES

Pages

TABLE DES MATIERES..... 1
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....5
SIGLES ET ABREVIATIONS 6
REMERCIEMENTS.....8
PREFACE.....9
RESUME 11
INTRODUCTION..... ...15

I. **Contexte général et justification de la lutte**..... 16
1.1 Contexte du Rwanda.....16
1.1.1 Profil socio – démographique.....16
1.1.2 Profil socio – économique.....19
1.1.3 Pauvreté et VIH/SIDA.....20
1.1.4 Genre et VIH/SIDA.....22
1.1.5 Profil socio – culturel.....23
1.1.6 Profil sanitaire.....24
1.1.6.1 Etat de santé de la population.....24
1.1.6.2 VIH/SIDA et autres maladies associées.....26
1.1.6.3 Organisation du Système de Santé Rwandais.....28
1.1.7 Bonne gouvernance.....28
1.2 Justification de la lutte.....30
1 .2.1 Ampleur et gravité du problème.....30
1.2.1.1 Nombre de cas de SIDA au Rwanda.....30
1.2.1.2 Sérosurveillance du VIH/SIDA au Rwanda.....33
1.2.2 Déterminants de l'épidémie du VIH/SIDA..... 39
1.2.2.1 Les déterminants biologiques.....39
1.2.2.2 Les déterminants comportementaux.....40
1.2.2.3 Les déterminants environnementaux..... 40
1.2.2.4 Les déterminants liés à l'organisation, à la gestion et à la coordination.....41
1.2.3 Les groupes vulnérables 42
1.2.4 Les impacts du VIH/SIDA.....46
1.2.4.1 Les impacts sanitaires.....46
1.2.4.2 Les impacts sociaux..... 51
1.2.4.3 Les impacts économiques.....51
1.2.5 Réponses nationales au VIH/SIDA.....52
1.2.5.1 Réponses du secteur public..... 52
1.2.5.2 Réponses du secteur privé..... 54
1.2.5.3 Réponses du secteur communautaire.....55
1.2.5.4 Réponses du secteur des structures de coordination.....56
1.2.5.5 Réponses du secteur d'appui financier.....56

1.2.6 Leçons apprises des expériences antérieures.....58
1.2.7 De l'importance du Cadre stratégique 2002 – 2006.....60
II. **Aspects méthodologiques du processus de l'élaboration du Cadre Stratégique**.....61

2.1 De la définition des Concepts.....61
2.2 De la définition du Cadre de référence..... 62
2.3 Modes et outils de collecte de données pour la formulation du Cadre Stratégique.63
2.3. 1 Les modes de collecte de données.....63
2.3.2 Les outils de collecte de données..... 63
2.4 Etapes de la formulation du document de Cadre Stratégique.....64
2.5 Echéancier des activités d'élaboration du Cadre stratégique.....64

III. Politiques et Stratégies Nationales de la Lutte contre le VIH/SIDA 65
3.1 Orientations politiques en matière de VIH/SIDA..... 65
3.1.1 Importance et objet de la politique nationale en matière de VIH/SIDA.....65
3.1.2 Valeurs et principes directeurs de la politique nationale en matière de VIH/SIDA 66.
3.1.2.1 Valeurs 66
3.1.2.2 Principes directeurs 66
3.1.3 Enoncés de Politique Nationale.....68
3.1.4 Responsabilités des Acteurs de la mise en œuvre de la Politique en matière de VIH/SIDA.....71
3.2 Orientations stratégiques en matière de VIH/SIDA.....73
3.2.1 Approches stratégiques de la lutte contre le VIH/SIDA.....73
3.2.1.1 De l'approche multidimensionnelle de la lutte.....73
3.2.1.2 De l'approche multisectorielle et pluridisciplinaire de la lutte.....74
3.2.1.3 De l'approche décentralisée de la lutte.....74
3.2.1.4 De l'approche communautaire de la lutte.....74
3.2.2 Caractéristiques des Actions de la lutte contre le VIH/SIDA..... 75
3.2.3 Axes stratégiques de la lutte contre le VIH/SIDA.....76
3.2.4 Objet et justification des Axes et des Domaines d'Actions prioritaires... 77
3.2.4.1 L'Axe Stratégique **I** : Renforcement des mesures de Prévention de la transmission du VIH/SIDA.....77
3.2.4.2 L'Axe Stratégique **II** : Renforcement de la surveillance de l'épidémie.....81
3.2.4.3 L'Axe Stratégique **III** : Amélioration de la qualité de la prise en charge. globale des personnes infectées et/ou affectées..... 83
3.2.4.4 L'Axe Stratégique **IV** : Renforcement des mesures de réduction de la pauvreté et intégration de la dimension genre dans la lutte contre le VIH/SIDA.....88
3.2.4.5 L'Axe Stratégique **V** : Renforcement de la réponse, promotion du partenariat et de la coordination multisectorielle.....90

IV. Cadre organisationnel ,Institutionnel et d'Exécution.....94
4.1 Structures nationales de coordination et d'appui.....94
4.1.1 Structures nationales de coordination.....94
4.1.2 Structures décentralisées de coordination.....97
4.2 Structures nationales d'appui technique et financier.....97
4.3 Structures nationales d'exécution.....98
4.3.1 Les structures du secteur public.....99
4.3.2 Les structures du secteur privé.....99
4.3.3 Les structures du secteur communautaire.....100
4.4 Caractéristiques des structures de la lutte contre le VIH/SIDA.....100

V. Mobilisation, gestion des ressources et partenariat.....101

5.1 De l'identification des ressources de la lutte contre le VIH/SIDA.....101
5.2 De la mobilisation de fonds de la lutte contre le VIH/SIDA.....102
5.2.1 Les sources potentielles de financement 102
5.2.1.1 Le financement par fonds propres ou internes.....103
5.2.1.2 Le financement par fonds externes.....103
5.2.2 Procédures d'allocation des fonds.....103
5.2.2.1 Situation antérieure au Cadre stratégique.....103
5.2.2.2 Allocation des fonds internes.....105
5.2.2.3 Allocation des fonds externes.....105
5.3 De la gestion des fonds du PNM 2002 – 2006.....106
5.3.1 Structures de gestion des fonds.....106
5.3.1.1 L'Unité centrale de gestion des fonds.....106
5.3.2 Procédures de gestion des fonds.....110
5.3.3 Système de contrôle de gestion des fonds.....112
5.4 Le partenariat contre le VIH/SIDA au Rwanda.....113
5.4.1 Le partenariat international contre le VIH/SIDA.....113
5.4.2 Le Partenariat régional contre le VIH/SIDA.....115

VI. Dispositif de Suivi/Evaluation.....116

6.1 Dispositif de Monitoring du PNM 2002 – 2006.....116
6.1.1 Le Suivi d'exécution du PNM.....116
6.1.2 Le Suivi de l'épidémie.....116
6.2 Dispositif de l'Evaluation du PNM 2002 – 2006.....117
6.2.1 De la typologie de l'évaluation.....117
6.2.2 Des Composantes de l'évaluation.....117
6.2.3 Des Indicateurs de l'évaluation.....118
6.2.4 Des Instruments de l'évaluation.....121
6.2.5 Des Intervenants de l'évaluation.....121
6.2.6 De la Périodicité de l'évaluation.....121

Conclusions..... 122

Références 124

Annexes :.....128

Annexe I : Chronogramme des activités de l'élaboration du Cadre stratégique et du PNM 2002 – 2006 129

Annexe II : Organigramme de la CNLS.....136

Annexe III : Arrêté présidentiel portant création, organisation et fonctionnement de la CNLS..... 137

Annexe IV : Tableau synoptique des objectifs, des axes stratégiques et des domaines d'actions prioritaires du Cadre strat..... 138

Annexe V :Liste des Structures , des Personnalités et Responsables Techniques Rencontrés.....145

Annexe VI : Guide d'entretien collectif.....147

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

A. TABLEAUX

Tableau 1.1.1a : Niveau d'instruction par sexe……17
.
Tableau 1.1.1b : Couverture médiatique selon le sexe……17

Tableau 1.1.5 : Evolution de certaines infections opportunistes notifiées par le CH…27

Tableau 1.2.1 a : Résultats de PMTCT de 1999 à 2001……35

Tableau 1.2.1 b : Tendances des estimations de la séroprévalence de l'Infection à VIH chez les patients atteints de MST recrutés dans les sites sentinelles au Rwanda……36

Tableau 1.2.1 c : Comparaison de la séroprévalence de l'infection à VIH selon le groupe d'âge, le sexe et le lieu de résidence en 1986 et 1997 Au Rwanda……38

Tableau 1.2.3 : Utilisation du condom lors du dernier rapport sexuel selon le type de Partenaire……44

Tableau 1.2.4 a : Projections de l'impact et les coûts sanitaires du VIH/SIDA au Rwanda 1996 – 2010 ……48
Tableau 1.2.4.b : Projection du nombre de personnes infectées par le VIH ou décédées de suite du SIDA au Rwanda, 1996 – 201……49
Tableau 3.1.4 : Matrice de Responsabilités dans la lutte contre le VIH/SIDA selon les secteurs et les intervenants……71

Tableau 5.3.2 : Etapes procédurières de gestion des fonds du PNM……111

B. FIGURES

Figure 1.2.1 a : Notification des cas de SIDA au Rwanda par le Système National de Surveillance Epidémiologique……32

Figure 1.2.1 b : Evolution des cas de SIDA clinique notifiés par les Centres de Santé et les Hôpitaux……33

Figure 4.1.1 : Structures nationales de Coordination de la lutte contre le VIH/SIDA par Secteur d'intervention……96

Figure 5.3.1 : Structures de sélection des plans d'actions sectoriels de la CNLS....109

SIGLES ET ABREVIATIONS

ANSP+ : Association Nationale de Soutien aux personnes vivant avec le SIDA
APR : Armée Patriotique Rwandaise
APR/DMS : Armée patriotique Rwandaise/Direction des Services Médicaux
ARBEF : Association Rwandaise pour le Bien – Etre Familial
ARV : Médicaments Antirétroviraux
BRALIRWA : Brasserie et Limonaderie du Rwanda
CAMERWA : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du Rwanda
CAP : Connaissances, Attitudes et pratiques
CAPC : Connaissances, attitudes, Pratiques et comportements
CCA : Common Country Assessment
CCM : Country Coordination Mechanism
CCC : Communication pour le Changement de Comportements
CCOAIB : Conseil de Concertation des Organisations d'Appui aux Initiatives de Base
CDLS : Commission de District de Lutte contre le SIDA
CDV : Conseil /Dépistage volontaire
CDVA : Conseil et Dépistage volontaire et anonyme
CIDC : Centre d'Information, de Documentation et de Conseil sur le SIDA
CNJR : Conseil National de la Jeunesse du Rwanda
CNLS : Commission Nationale de Lutte contre le SIDA
CPLS : Commission Provinciale de Lutte contre le SIDA
CRIS : Centre Rwandais d'information sur le SIDA
DFID : Department for International Development
ECA : Commission Economique pour l'Afrique
EDSR- I : 1è Enquête Démographique et de Santé au Rwanda, 1992
EDSR- II : 2è Enquête Démographique et de Santé au Rwanda, 2000
EICV : Enquête Intégrale sur les Conditions de Vie des Ménages
FAO : Fonds des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FHI : Family Health International
FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population
FOJAS : Forum des Jeunes Anti – SIDA
GIPA : Greater Involvement of People living with Aids
GLIA : Initiative de Lutte contre le SIDA dans les pays des Grands Lacs
HCR : Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
IEC : Information, Education et Communication
IMPACT : Implementing AIDS Prevention and CARE Project
IO : Infections Opportunistes
IPPF : Fédération Internationale de Planification Familiale
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
KHI : Kigali Health Institute
MAP : Multicountry AIDS Programme
MEG : Médicaments Essentiels et Génériques

MIFOTRA : Ministère de la Fonction Publique et du Travail
MIGEPROFE: Ministère du Genre et de la Promotion de la Femme
MIJESPOC : Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Culture
MINADEF : Ministère de la Défense
MINALOC : Ministère de l'Administration Locale et des Affaires Sociales
MINECOFIN: Ministère des Finances et de la Planification Economique
MINEDUC : Ministère de l'Education, de la Science, de la Technologie et de Recherche Scientifique
MINISANTE: Ministère de la Santé
OBC : Organisation à Base Communautaire
OMS/AFRO : Bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Afrique
ONAPO : Office National de la Population
ONGs : Organisations Non Gouvernementales
ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le SIDA
PAF : Programme Accelerated Fund (de l'ONUSIDA)
PAM : Programme Alimentaire Mondiale
PIB : Produit Intérieur Brut
PMT : Plan à Moyen Terme
PMTCT : Prevention of Mother to Child Transmission
PNLS : Programme National de lutte contre le SIDA
PNM : Plan National Multisectoriel
PNUD : Programme des nations Unies pour le Développement
PPTE : Pays pauvres Très endettés
PRSP : Poverty Reduction Strategy Paper
PSI : Population Services International
PSN : Plan Stratégique National
PTME : Prévention de la Transmission de l'infection à VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH : Personnes Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
RCCTC : Rwanda Christian Counseling and Training Center
SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SIPAA : Support to the International Partnership on AIDS in Africa
SWAA : Society of Women Against AIDS in Africa
TRAC : Treatment and Research on AIDS Center
UNDAF : United Nations Develpment Assistance Framework
UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNICEF : United Nations Children' Fund
USAID : United States Agency for International Development
VCT : Volontary Counselling and Testing

REMERCIEMENTS

La réalisation du Cadre Stratégique de la lutte contre le VIH/SIDA 2002 – 2006 au Rwanda est le fruit d'efforts concertés de la part de plusieurs intervenants du secteur public, privé, communautaire, des structures de coordination et de la Coopération bilatérale et multilatérale. Ces efforts méritent notre reconnaissance , car ils ont permis de produire dans une démarche participative ce document qui était fort attendu.

La Commission Nationale de Lutte contre le SIDA (CNLS) tient à remercier d'abord tous les Acteurs nationaux et internationaux qui ont été impliqués dans la réalisation des travaux de recherche et de planification parmi lesquelles le CCA, l'UNDAF, le projet MAP , le PRSP et l'évaluation du Plan Stratégique National 1998-2001. Ces documents ont contribué à fournir des éléments utiles pour la formulation du présent Cadre Stratégique.

La CNLS témoigne spécialement sa gratitude au Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) pour son soutien logistique et financier au processus de Planification Stratégique dont notre pays avait si grand besoin.

A toutes les compétences tant nationales qu'internationales qui ont contribué à l'enrichissement du document de Cadre Stratégique VIH/SIDA, par leurs conseils, leurs observations et suggestions, la CNLS présente ses vifs et sincères remerciements.
Elle salue enfin le travail laborieux et le savoir – faire de l'Equipe de Consultants qui a eu la lourde mission de rassembler et organiser les éléments nécessaires à la confection de ce précieux document, support utile, pour les acteurs nationaux et les différents partenaires impliqués dans lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda.

Monseigneur Emmanuel M. KOLINI
Président de la CNLS.

PREFACE

La pandémie du VIH/SIDA au Rwanda, continue à être un immense défi, au regard de son ampleur et son impact socio-économique négatif sur la population et sur le développement du pays. Elle constitue à la fois un phénomène de Santé publique et un problème de Développement.

Avec une séroprévalence située entre 11 et 13 % , le Rwanda est classé parmi les pays les plus touchés du Continent Africain. En dépit des efforts déployés depuis 20 ans dans notre pays, l'épidémie continue de progresser à travers le territoire national et de s'intensifier dans le milieu rural où vit plus de 90% de la population essentiellement agricole. Le Cadre Stratégique 2002 – 2006 vient renforcer les efforts initiés au cours des dernières années notamment par des stratégies mieux agencées pour l'implication des différents secteurs de la vie nationale dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Est – il besoin de rappeler que le VIH/SIDA a des conséquences sur les individus, les familles et les communautés, et que, pour cette raison, la solidarité nationale est nécessaire et indispensable non seulement pour prévenir de nouvelles infections, mais aussi, pour alléger la souffrance des personnes infectées et affectées. La société rwandaise est d'autant fragile face au fléau du VIH/SIDA que la tragédie du Génocide et ses conséquences ont disloqué les familles, aggravé la pauvreté et ainsi accentué la vulnérabilité de plusieurs catégories de ses membres.

Malgré la réalité accablante quand on considère la gravité de la situation, des efforts de sensibilisation, de création de centres de tests volontaires et de prévention de la transmission Mère – Enfant pour ne citer que ceux –là, sans oublier le travail quotidien du personnel médical, ont abouti à des résultats appréciables. Les personnes vivant avec le VIH sortent de leur isolement et commencent à s'organiser pour prendre une part active dans la réponse communautaire. En outre, la mobilisation de la communauté nationale contre le VIH/SIDA est déjà une réalité dont les ressources ont certes besoin d'être orientées et soutenues sur le plan technique et financier.

Après de longues années d'impuissance face à l'épidémie du VIH/SIDA, les milieux scientifiques internationaux, ont réalisé des progrès qui donnent de l'espoir : la protection des nouveaux – nés contre la transmission Mère – Enfant a atteint un niveau très satisfaisant et a commencé à être utilisée à grande échelle même dans les pays pauvres ; l'efficacité des médicaments anti – rétroviraux ne cesse de s'améliorer d'année en année et les recherches sur le vaccin avancent à un rythme qui, hélas, n'est pas à la hauteur de nos souhaits.

Au Rwanda, les plus Hautes Instances du pays ont manifesté une grande volonté politique en s'impliquant dans la recherche de réponses appropriées tant au niveau national que dans le partenariat international contre le VIH/SIDA. En témoigne l'engagement

personnel du Chef de l'Etat et de la Première Dame, concrétisé par le leadership qu'ils exercent dans ce secteur.

Au niveau gouvernemental, la réorganisation des structures de pilotage et de coordination de la lutte contre le VIH/SIDA et la création de structures décentralisées atteste de la ferme détermination à ne ménager aucun effort pour endiguer ce fléau malgré les contraintes en ressources financières. C'est pourquoi, le Gouvernement est reconnaissant aux partenaires bilatéraux et multilatéraux qui ont appuyé de façon substantielle la réponse nationale au VIH/SIDA depuis le début de l'épidémie.

Pour répondre à sa mission d'élaboration de politiques et stratégies de lutte contre le VIH/SIDA, la Commission Nationale de Lutte contre le SIDA a conduit le processus d'élaboration du Cadre Stratégique National VIH/SIDA 2002 – 2006, qui va orienter toutes les interventions des différents secteurs dans ce domaine pendant cinq ans. Ce Document constitue un outil précieux pour le choix des priorités et des stratégies d'interventions et servira dans la négociation avec les partenaires désireux d'appuyer les programmes de lutte contre le VIH/SIDA. Il permettra à tous les partenaires au Développement d'appréhender avec clarté la vision politique et les choix stratégiques du pays en matière de VIH/SIDA. L'élaboration du Cadre stratégique 2002 – 2006, a bénéficié de la participation de beaucoup d'intervenants provenant de secteurs variés et de disciplines diverses. La CNLS veillera à ce que cette multisectorialité et cette pluridisciplinarité qui ont prévalu durant le processus de planification stratégique, continuent à se manifester même durant la phase de mise en œuvre des plans sectoriels découlant du présent Cadre Stratégique.

Consciente de l'importance de la mobilisation de toute la communauté nationale et de la communauté internationale contre le fléau du VIH/SIDA et confiante dans l'engagement des acteurs nationaux et des partenaires internationaux, la CNLS renouvelle son optimisme quant au succès de la lutte que nous sommes tous appelés à mener de concert.

Dr Ezéchias RWABUHIHI
Ministre de la Santé

Résumé

Dans le contexte de la réorganisation de la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA au Rwanda, la formulation d'une Politique Nationale et l'élaboration d'un Programme-Cadre constituaient des mandats de haute importance pour la CNLS durant l'année 2002. En réponse à sa mission la CNLS a conduit entre février et mai 2002, un processus de planification Stratégique dont résultent deux documents essentiels:

1) *le Cadre Stratégique 2002-2006 comprenant les orientations politiques et stratégiques destinées à éclairer l'élaboration ainsi que la mise en oeuvre des plans nationaux. C'est un document dynamique, par conséquent révisable à échéance;*
2) *le Plan National Multisectoriel qui est la synthèse des plans d'action de tous les secteurs d'interventions, est un instrument d'opérationnalisation du Cadre Stratégique.*

I. Du contexte général et Justification de la lutte

Le document de cadre stratégique passe en revue les éléments saillants qui sont susceptibles d'influer sur la propagation de l'épidémie et/ou de constituer des contraintes dans la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda: le pays est densément peuplé (336h/km2); sa population est jeune (les moins de 20 ans atteignent 60%), elle est à majorité féminine (54%) et marquée par pauvreté (60 % des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté). Le revenu par habitat est un des plus bas du monde (252 $); l'économie étant basée sur l'agriculture avec deux cultures d'exportation: le thé et le café.

A cause de la pauvreté endémique et des conséquences de la tragédie du Génocide, les populations en situations de vulnérabilité ont été élargies par le grand nombre de personnes vivant dans la précarité (orphelins , adolescentes chefs de ménages, veufs , veuves…). Aujourd'hui, le VIH/SIDA et les infections associées viennent avec la paludisme parmi les premières causes de morbidité dans la pays.

Pour des raisons culturelles et d'inégalités socio-économiques entre les hommes et les femmes et malgré les changements introduits dans le code de la famille, des différences notables subsistent quant à la façon dont l'épidémie frappe les populations des deux sexes; c'est pourquoi les stratégies de réponses à l'épidémie doivent tenir compte des aspects liés au Genre. Les efforts visant la bonne gouvernace y compris la décentralisation ont leur part à jouer dans la lutte notamment en limitant les effets pervers de la pauvreté et en renforçant la mobilisation des communautés nationales.

La nécessité de réorganiser et d'amplifier la lutte contre la VIH/SIDA, est un impératif national souligné par le Cadre Stratégique 2002-2006, étant donné le taux d'infection élevé (13.7% dans la population active entre 15 et 49 ans) et la tendance

actuelle de l'épidémie à s'étendre dans les milieux ruraux où vit plus de 90% de la population.

L'analyse des déterminants de l'épidémie, a fait ressortir des facteurs biologiques, des facteurs liés aux comportements des populations rwandaises, des facteurs liés à notre environnement humain et des facteurs en rapport avec la gestion et la coordination des programmes VIH/SIDA.

Les groupes en situation de vulnérabilité sont surtout les femmes, les jeunes, les camionneurs et chauffeurs de taxis, les militaires, les prostituées, les prisonniers, les migrants et populations déplacées.

Les impacts du VIH/SIDA, sont ressentis non seulement par le système sanitaire, mais aussi dans la vie sociale à commencer par les familles des personnes infectées et/ou affectées. Les répercussions néfastes de l'infection à VIH sont également ressenties dans la vie économique du pays au niveau macro.

La détermination des autorités du Rwanda à organiser une réponse vigoureuse au VIH/SIDA, a été renforcée ces dernières années; ce qui s'est manifestée particulièrement à travers l'implication personnelle du Chef de l'Etat et de la Première Dame notamment par le leadership qu'ils exercent dans la réorganisation de la lutte.

Parmi les départements du secteur public non santé déjà impliqués dans la lutte, l'on compte le MINADEF, le MIJESPOC et le MINEDUC et à une moindre mesure le MINALOC, le MIGEPROFE et le MIFOTRA… L'implication du secteur privé qui jusque là était faible, est en train de se renforcer notamment par des initiatives de prévention et de prise en charge. Le secteur communautaire joue un rôle irremplaçable auprès des populations. Le secteur des structures de coordination des programmes, traverse une période de réorganisation avec la création du TRAC au sein du MINISANTE et la mise en place de la CNLS et de ses antennes décentralisées, les CPLS et les CDLS. Les partenaires du secteur des structures d'appui financier ont dans l'ensemble renforcé leur soutien aux programmes nationaux au cours des récentes années.

Le premier chapitre du Cadre Stratégique National 2002-2006, se termine en essayant de dégager les leçons apprises des expériences antérieures.

II. Des aspects méthodologiques du processus d'élaboration du Cadre Stratégique

Dans une démarche très participative, l'équipe des consultants recrutés par la CNLS et le PNUD, s'est appuyé sur le guide de planification stratégique de l'ONUSIDA en impliquant tous les secteurs concernés par la lutte dans le processus d'élaboration du Cadre Stratégique et du Plan National Multisectoriel.

A cet effet, deux modes de collecte de données ont été empruntées: la revue documentaire qui, du reste, s'est révelée très riche au Rwanda et les entretiens; ce qui a permis de faire le point de la situation de l'épidémie dans le pays.

Un protocole méthodologique d'élaboration du Cadre Stratégique a été préalablement présenté aux différents partenaires qui l'ont discuté et approuvé. Les étapes de la démarche méthodologie comprenaient également l'élaboration du plan d'opérationnalisation du Cadre Stratégique.

III. **Des Politiques et Stratégies**

Le cadre Stratégique définit les orientations politiques et stratégiques destinées à baliser les interventions dans la lutte contre le VIH/SIDA entre 2002 et 2006.

La politique Nationale interpelle les décideurs politiques, les acteurs nationaux et la communauté à plus d'engagement, d'implication et d'adhésion aux efforts visant à infléchir la pandémie du VIH/SIDA. Elle donne une vue holistique et synthétique qui intègre tous les aspects liés aux valeurs morales sociales et spirituelles de l'homme et souligne la nécessité de mobiliser les moyens humains, matériels et financiers appropriés pour la lutte.

Bien que la nécessité de renforcer la prise en charge des personnes infectées et affectées, ait été soulignée dans le document de Cadre Stratégique, la pierre angulaire de la lutte reste la Prévention.

La lutte contre le VIH/SIDA est déclarée priorité nationale. Elle est individuelle, communautaire et nationale. Elle doit prendre en compte les aspects liés au Genre ainsi que les conditions particulières des groupes vulnérables.

Dans ses approches, elle s'appuyera sur la mobilisation de toute la communauté nationale et sur le partenariat. Pour cela, la lutte contre le VIH/SIDA empruntera quatre approches stratégiques: **elle sera multisectorielle, pluridisciplinaire, décentralisée et communautaire.**

Les interventions du Plan National Multisectoriel découlant du Cadre Stratégique 2002-2006, seront articulées autour de cinq axes stratégiques:

- ***Axes I : Renforcement des mesures de prévention de la Transmission du VIH;***
- ***AxeII: Renforcement de la surveillance de l'épidémie;***
- ***AxeIII: Amélioration de la Prise en Charge des personnes infectées et affectées;***
- ***Axe IV: Renforcement des mesures de réduction de la pauvreté et intégration de la dimension Genre dans la lutte;***
- ***Axe V: Renforcement de la réponse, promotion du partenariat et de la coordination multisectorielle.***

Le Cadre Stratégique National précise les responsabilités des différents acteurs dans la mise en oeuvre de la politique en matière de VIH/SIDA.

IV. Du cadre organisationnel, Institutionnel et d'Exécution

Après avoir fait le point à propos du rôle des différents intervenants et secteurs impliqués dans le domaine du VIH/SIDA : secteur public santé , secteur public non

santé, secteur privé, secteur communautaire et secteur des structures de coordination, le document de Cadre Stratégique clarifie le cadre institutionnel et les responsabilités des structures nationales qui auront à charge de coordonner ou d'exécuter les activités du Plan National Multisectoriel 2002-2006, tant au niveau central que décentralisé.

Il précise le cadre de partenariat entre les structures nationales publiques et non publiques de manière à créer les conditions nécessaires à la mise en oeuvre des stratégies du cadre Stratégique et d'une exécution efficiente du PNM.

V. De la Mobilisation , Gestion des ressources et Partenariat

La mise en oeuvre du Plan National Multisectoriel 2002-2006 se fera grâce à l'utilisation des ressources humaines, physiques, matérielles et financières des quatres secteurs d'intervention. En matière de ressources humaines il s'agit de compter notamment sur les décideurs politiques, les acteurs nationaux et sur les compétences des institutions internationales oeuvrant dans le pays. Toutes ces ressources seront mises à contribution pour exécuter les activités du PNM 2002-2006. D'autres compétences dans le cadre de la coopération internationale pourront également être requises par le Gouvernement.

Pour créer les meilleures conditions de succès du PNM 2002-2006, la mobilisation et la gestion des fonds doivent requérir la rigueur et la transparence. Les fonds du PNM viendront principalement de deux sources: les fonds propres ou internes et les fonds externes qui seront mobilisés à travers une table ronde des bailleurs de fonds. Une gestion efficace et cohérente des fonds de la lutte contre le VIH/SIDA requiert qu'il y ait : des structures de gestion adéquates, des procédures de gestion clairement définies et un système de contrôle rigoureux de la gestion de fonds. A cet effet, il sera mis sur pied: une unité de gestion des fonds, des comités de financement des plans d'actions sectoriels, un système d'audit interne d'audit financier et technique ainsi que des mécanismes efficaces de concertation en matière de gestion de fonds dans le cadre du partenariat.

VI. Dispositif de suivi et évaluation

Le Cadre Stratégique prévoit un dispositif de suivi et évaluation, pour veiller au respect des orientations politiques et stratégiques ainsi qu'à la rigueur des systèmes de pilotage des programmes. Ce dispositif comprend: la composante de suivi de l'exécution de PNM et la composante de suivi de l'épidémie. L'évaluation du PNM s'appuyera sur des indicateurs déterminés lors de la phase de formulation du Plan. L'équipe d'évaluation devra être multisectorielle et pluridisciplinaire.

Deux évaluations sont prévues: l'évaluation à mi-parcours du programme et l'évaluation ex-post ou finale à échéance du programme.

INTRODUCTION

Le Cadre Stratégique 2002 – 2006 de a lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda, s'inscrit dans une logique de formulation de politiques et de stratégies pour ce domaine.
En effet, depuis l'identification des premiers cas de SIDA au Centre Hospitalier de Kigali en 1983, trois plans d'interventions (PMT I (1987 – 1990), PMT II (1992 – 1997), et le Plan Stratégique National 1998 – 2001) se sont succédés en 13 années entre 1988 et 2001 en l'absence d'une orientation politique et des choix stratégiques clairement définis.

Face à la propagation de l'épidémie à grande échelle, dans la population, le Gouvernement Rwandais a senti et exprimé le besoin d'orienter désormais toutes les interventions contre le VIH/SIDA selon des choix stratégiques clairement définies.

Une équipe d'experts nationaux et internationaux en collaboration avec des compétences nationales a répondu aux sollicitudes de la CNLS grâce à l'appui financier et logistique du PNUD.
Après avoir cerné la problématique, les enjeux et les défis de l'épidémie du VIH/SIDA dans le pays à travers de multiples entretiens d'une part et d'autre part l'exploitation d'une série de documents relatifs à l'infection du VIH, l'équipe a soumis pour examen et approbation le Protocole méthodologique d'élaboration du présent Cadre stratégique à un Séminaire – atelier réunissant tous les partenaires concernés.
Les interrogations, les préoccupations et les attentes des uns et des autres évoquées lors de l'atelier ont été prises en compte dans la formulation de ce Document de Politiques et de Stratégies.

Le Document de Cadre stratégique 2002 – 2006 de la Lutte contre le VIH/SIDA qui en résulte est structuré en plusieurs parties :

- Une première partie décrit le Contexte Général et la Justification de la lutte
- Une deuxième partie présente la Méthodologie ayant servi à l'élaboration du Cadre Stratégique
- Une troisième partie définit les Politiques et les Stratégies nationales en matière de VIH/SIDA
- Une quatrième partie met en évidence le Cadre Organisationnel, Institutionnel et d'Exécution des programmes contre le VIH/SIDA
- Une cinquième partie décrit les Mécanismes de Mobilisation et de Gestion des Ressources ainsi que le Partenariat contre le VIH/SIDA
- Une sixième partie présente enfin le Dispositif de Suivi/Evaluation.

I. CONTEXTE GENERAL ET JUSTIFICATION DE LA LUTTE.

1.1 Contexte du Rwanda

1.1.1 Profil Socio-Démographique

Le Rwanda est un pays situé en Afrique Centrale entouré par l'Uganda au Nord, la Tanzanie à l'Est, la République Démocratique du Congo à l'Ouest et le Burundi au Sud.
Avec une superficie de 26.338 km^2 et une population estimée à 8.837.000 habitants en 2002, sa densité est d'environ 336 habitants au km^2 et figure parmi les pluS élevées d'Afrique.

Le taux d'accroissement naturel était de 2.8 % en 1996 et le taux de fécondité est passé de 6.5 en 1996 (EDSR-1996) à 5.8 en 2000.
Les projections montrent que la population rwandaise pourrait atteindre 10.071.000 habitants en 2007 et 11.284.000 habitants en 2012.

Le Rwanda est caractérisé par une population jeune. En effet 49% de la population a moins de 15 ans et 60% a moins de 20 ans. Les personnes âgées de plus de 65 ans ne représentent que 3% de la population. Il en résulte un taux de dépendance très élevé, soit 104% et des besoins énormes en matière de santé, d'alimentation, d'éducation et d'emploi surtout que 27% des enfants ont perdu au moins l'un des deux parents.

La structure de la population par sexe montre une nette dominance de la population féminine, soit 54% de femmes contre 46% d'hommes; le rapport de masculinité est de 86 hommes pour 100 femmes. Pour la tranche d'âge de 15 à 19 ans, ce rapport chute à 65 hommes pour 100 femmes. (MINISANTE/ONAPO, EDSR – II, 2000)

Le niveau d'instruction de la population est faible comme le montre les données de l'EDSR-II 2000 dans le tableau 1.1.1a. Seulement 2% des hommes et 1% des femmes ont atteint le niveau d'instruction secondaire et supérieur. L'utilisation des médias dans la sensibilisation de la population devra tenir compte du fait que 28% des hommes et 35% des femmes sont sans instruction. Concernant la catégorie de personnes n'ayant pas terminé un cycle primaire complet, soit 52% des hommes et 49% des femmes , il faut savoir également que certains d'entre eux ne savent plus lire écrire.

Tableau 1.1.1 a: Niveau d'instruction par sexe

Niveau d'instruction	Hommes (%)	Femmes (%)
-Aucune instruction	28	35
- Cycle primaire incomplet	52	49
- Cycle primaire complet	12	10
- Cycle secondaire incomplet	5	5
- Cycle secondaire complet et niveau supérieur	2	1

Source : *EDSR – II 2000*

Dans l'ensemble, environ 43% d'hommes adultes et 53 % de femmes ne savent ni lire ni écrire (EICV, 2000). Néanmoins, les jeunes générations accèdent progressivement à l'école car on constate que dans le groupe d'âges de 20 -24 ans, 36 % de filles et 40% de garçons ont achevé les études secondaires mais l'écart entre les hommes et les femmes se maintient.

Ce faible niveau d'instruction entraîne un faible niveau d'information et de communication . En 2000, 59% de femmes et 35 % d'hommes n'avaient accès à aucun média. La radio reste cependant le média le plus accessible et le plus populaire comme le montrent les données du tableau 1.1.1 b ci – après.

Tableau 1.1.1 b : Couverture médiatique selon le sexe

Accès aux média	Hommes (%)	Femmes (%)
- Aucun média	34.8	58.8
- Lit le journal au moins une fois par semaine	11.2	5.4
- Regarde la Télévision au moins une fois par semaine	11.7	6.3
- Ecoute la radio au moins une fois par semaine	63.5	39
- Les trois media	5.1	1.6

Source : *EDSR – II, 2000*

Pour le cas particulier des femmes impliquées dans les instances de prise de décision et qui ont un grand rôle de leader d'opinion à jouer dans la sensibilisation de leurs sœurs sur les questions de VIH/SIDA notamment, la communication à leur adresse devra tenir compte des sources d'informations auxquelles elles ont accès. En effet, selon l'Etude sur l'Implication des Femmes dans la prise de Décision, 86% des femmes impliquées dans les instances de prise de décision puisent leurs informations à la radio, 68% dans les journaux, 57% à la Télévision et 11% par le biais des associations féminines (Réseau des femmes Oeuvrant pour le Développement Rural, août 1999).

Concernant la migration, on peut observer que plusieurs formes de migrations se retrouvent au Rwanda. En effet, on distingue :

- ***Les migrations volontaires ou forcées*** : suite à la guerre et au génocide de 1994, près de deux millions de Rwandais ont franchi les frontières de la RDC, de la Tanzanie, du Burundi et de l'Uganda et la grande majorité ont séjourné dans des camps de réfugiés et ont été exposés aux comportements à risque d'infection par le VIH/SIDA. On estime qu'entre 1994 et 1997, environ 2.643.294 réfugiés anciens et nouveaux sont rentrés au pays et le mouvement de rapatriement continue jusqu'aujourd'hui. Les contacts des rapatriés venant de divers horizons avec les habitants qu'ils trouvent sur place risquent d'accroître la vulnérabilité de toute la population au VIH/SIDA. Ces mouvements de population constituent un facteur de haut risque pour la propagation du VIH/SIDA

- ***L'exode rural en direction de Kigali-ville*** touche essentiellement les jeunes- adultes désœuvrés du milieu rural suite à l'extrême parcellisation des espaces agricoles et au manque d'activités génératrices de revenus. Faute de compétences professionnelles et techniques et suite au manque de travail rémunéré en ville , certains d'entre-eux ne parviennent pas à s'insérer dans le monde du travail et se retrouvent à la rue. Ils amplifient les phénomènes de pauvreté, d'enfants de la rue et de délinquance juvénile qui les exposent aux comportements à risque pour les IST/VIH/SIDA (viol, alcoolisme, consommation et vente de drogues, prostitution, etc.)

- ***La mobilité géographique des forces armées***: dans leurs mutations professionnelles, bon nombre de militaires sont séparés de leurs familles pendant plusieurs mois, ce qui représente pour eux un risque d'avoir recours à des partenaires sexuels peu sûrs.

- ***La migration scolaire*** : A l'occasion des périodes de détente et de vacances, certains élèves et étudiants doivent parcourir de longues distances pour rejoindre leurs établissements ou leurs familles. Cette situation a été rapportée par les membres de la CPLS de Gisenyi qui y voit un risque de propagation du VIH /SIDA. Car il a été constaté que parmi les élèves, certains ont des partenaires sexuels d'un lieu à l'autre et avec des personnes de catégories sociales et d'âges différents.

- ***La mobilité des routiers*** : Les chauffeurs et convoyeurs de camions et taxis qui effectuent des transports nationaux et internationaux pouvant traverser plusieurs pays

comme l'Uganda, la Tanzanie, le Kenya et le Burundi constituent un facteur de risque surtout pour leurs partenaires

régulières avec lesquelles le niveau d'utilisation des préservatifs est très faible, soit 19% contre 63% pour les partenaires occasionnelles et 91% pour les prostituées (FHI/IMPACT – RWANDA, 2000)

Tous ces mouvements qui entraînent une séparation plus ou moins prolongée des conjoints ou des partenaires sexuels réguliers représentent des occasions d'exposition aux comportements à risque d'autant plus que les personnes mobiles sont dans les tranches d'âges sexuellement actives.

1.1.2 Profil Socio-économique

Le Rwanda figure parmi les pays les plus pauvres du monde avec un revenu moyen de 252 $ US par habitant en 2000. Selon le rapport du Développement Humain des Nations Unies pour l'année 2001, le Rwanda occupait la 164 è place sur 174 pays.

Sa population est essentiellement rurale, soit 90.1% et l'agriculture est le secteur prépondérant de l'économie. L'agriculture de rente est axée sur deux principales cultures d'exportation qui sont le thé et le café. La dépendance de l'économie rwandaise vis à vis de ces deux cultures pèse sur les programmes de développement car la chute des prix sur le marché mondial a entraîné par exemple une réduction des recettes de 14 % à 10 % de 1998 à 1999.

Le Secteur agricole représente 40 % du PIB, 91 % des emplois et 80 % des exportations. Le secteur secondaire représente 21% du PIB et emploie près de 2 % de la population active. Le secteur tertiaire représente 35 % du PIB et emploie 7 % de la population active. Le secteur informel est assez développé au Rwanda. Cela s'explique en partie du fait que les activités commerciales et artisanales entre-autres, occupent beaucoup de femmes et de jeunes surtout dans les centres urbains. Il convient de noter que l'impact de ces activités sur l'Economie globale rwandaise n'est pas négligeable.

Les investissements nationaux demeurent faibles avec 15 % du PIB en 1998 et le taux d'épargne nationale était négatif (- 2%) au cours de cette même année.

Le taux d'urbanisation évolue mais reste faible; il est passé de 6 % en 1991 à 12 % en 2000. C'est une urbanisation mal contrôlée surtout dans la ville de Kigali où les constructions des maisons spontanées ci et là en dehors du Plan Directeur d'Urbanisme accroît considérablement les coûts d'installation des infrastructures primaires: eau, électricité, voirie, etc.

En définitive, il apparaît qu'une économie dépendante de deux cultures d'exportation, qui emploie des technologies rudimentaires dans presque tous les secteurs d'activités et dont les taux d'épargne et d'investissement sont encore insuffisants contribuera difficilement à la réduction de la pauvreté et au développement durable. Il est estimé que pour

transformer significativement ce profil socio-économique, le taux de croissance de l'économie doit passer de 4 - 5 % à 7 - 8 % par an pendant plus de 25 ans au moins.

1.1.3 Pauvreté et VIH/SIDA

Le Programme National de Réduction de la Pauvreté a récemment fait le point sur la situation de la pauvreté au Rwanda.

D'un point de vue social, la population rwandaise définit la pauvreté en fonction du revenu des gens d'une part, et d'autre part, en fonction des problèmes auxquels ils sont confrontés et leur capacité à se prendre en charge.

D'un point de vue économique, un seuil statistique de la pauvreté a été établi sur base des besoins alimentaires en utilisant les résultats de l'enquête auprès des ménages (EICV 2000). La proportion des ménages en dessous de ce seuil de pauvreté est estimée à 60% dans la population générale.

Par ailleurs, la distribution des ménages dans chaque province par quintile de la distribution nationale des dépenses réelles par équivalent adulte met en évidence un large écart entre les milieux urbain et rural, spécialement quand on compare les zones rurales à la Ville de Kigali. En effet, 75% des ménages vivant dans la ville de Kigali se trouvent dans les 20% les plus nantis de la distribution nationale.

La pauvreté s'aggrave et cela s'observe à travers la croissance du nombre de ménages vivant en dessous du seuil de la pauvreté : 40%, 53% et 69% de la population respectivement en 1985, 1993 et 2000.

Les facteurs structurels de cette pauvreté sont notamment:

- La baisse de la productivité du secteur agricole
- Le déficit commercial lié à l'insuffisance des produits d'exportation
- Une industrialisation peu développée
- La faiblesse de l'épargne et de l'investissement

L'état de pauvreté du Rwanda est aussi le résultat de la guerre et du génocide de 1994 qui ont emporté plus d'un million de personnes, détruit les infrastructures socio-économiques et désorganisé les institutions politiques et administratives. Il y a eu par exemple une nouvelle catégorie de ménages dirigés par des femmes (36%) ou par des enfants (60.000 enfants). Ce sont les ménages qui ont la plus forte probabilité de tomber dans la misère et dont les membres sont plus exposés aux comportements à risque pour les MST/VIH/SIDA tels que la prostitution, le viol, l'alcoolisme, etc.

C'est dans ce contexte difficile qu'en faisant obstacle à la croissance économique, l'épidémie du SIDA agit sur la productivité du travail, l'investissement, la sécurité alimentaire et entraîne une aggravation et une généralisation de la pauvreté.

Mais cette pauvreté est d'un autre point de vue moteur de la propagation de l'épidémie.
La pauvreté peut engendrer une expansion rapide de l'épidémie du VIH/SIDA si des mesures appropriées ne sont pas prises à temps.

Au Rwanda, comme dans de nombreux pays en développement, la propagation du VIH/SIDA pourrait s'accentuer avec le phénomène des enfants de la rue (très pauvres) qui n'ont plus de repères et se livrent à des rapports sexuels précoces non protégés. Le nombre de ces enfants atteindrait environ 3.000 dans la ville de Kigali.

Un autre phénomène de propagation du VIH, liée à la pauvreté concerne la prostitution des jeunes filles issues de ménages pauvres. Ces dernières peuvent développer des stratégies de survie en s'adonnant au commerce du sexe, ce qui les expose aux risques de contamination par le VIH/SIDA.

La persistance de la pauvreté en milieu rural parmi les jeunes filles et jeunes gens, peut les conduire à l'aventure pour chercher des conditions meilleures en ville.
Cette situation qui entraîne souvent l'isolement par rapport à la culture, à la tradition et au système de valeur (contrôle social faible, relâchement des liens familiaux, libération des jeunes et surtout des jeunes filles etc.)pourrait conduire ces migrants à avoir des comportements à risque.

Ces exemples montrent qu'il importe que les stratégies de lutte contre la pauvreté soient rapidement mises en œuvre afin de freiner significativement la propagation de l'épidémie liée à l'accroissement de la pauvreté.

Concernant la situation économique des familles vivant avec le VIH/SIDA au Rwanda, le constat est que la plupart d'entre-elles se comptent parmi les ménages qui vivent en dessous du seuil de la pauvreté.
Pour les salariés à revenus intermédiaires des secteurs public et privé par exemple, le coût d'un malade du SIDA est difficilement supportable par la rémunération mensuelle qui, à peine, permettait la subsistance de la famille. La situation est loin d'être meilleure pour les paysans.
Aussi, a- t – il été constaté dans l'ANSP+, que beaucoup de familles de PVVIH sont totalement démunies et ont du mal à obtenir le minimum requis pour survivre étant donné que dans bon nombre de cas, les conséquences du VIH/SIDA sont venues aggraver celles de la pauvreté endémique et de l'ignorance, sans compter les effets du trauma et du défetisme résultant des épreuves endurées durant la période de crise entre 1994 et 1996. Ainsi l'épidémie à VIH a accentué la pauvreté dans les familles affectées tandis que les conditions de pauvreté ont favorisé l'expansion de l'infection.

1.1.4 **Genre et VIH**

Dans un pays comme le Rwanda où les relations hétérosexuelles constituent le principal mode de contamination par le VIH/SIDA, les aspects du Genre doivent être pris en compte pour comprendre certaines situations de vulnérabilité et les conséquences de l'épidémie sur les individus des deux sexes.

Le terme Genre (Gender en Anglais) est utilisé pour décrire les caractéristiques déterminées par la société alors que le terme Sexe décrit celles qui sont déterminées biologiquement (principalement, l'aptitude des homme à féconder et celle des femmes à mettre au monde des enfants). C'est la société qui définit des statuts et des rôles différents en termes de rapports sociaux et économiques ainsi que dans le pouvoir de prise de décision.

Ainsi, par exemple, le fait qu' en matière de mariage et de choix de partenaires sexuels, la société trouve normal que les hommes prennent des femmes plus jeunes qu'eux et tolère des rapports sexuels hors mariage pour les hommes est un aspect lié au genre. Ce fait expose les femmes aux risques de contamination par le VIH, car, dans bien des cas, ces hommes ont déjà eu des expériences sexuelles avec d'autres partenaires.

De plus, la coutume et les mœurs des Rwandais qui prévoient les circonstances où les hommes ont le devoir d'avoir des rapports sexuels , avec les veuves ou les autres membres de la famille endeuillée continuent à être en vigueur notamment en milieu rural sans que l'on se soucie du statut sérologique des uns et des autres. Cela constitue un grand risque de contamination pour toutes les personnes impliquées dans ces rapports et pour leurs conjoints ou partenaires. La volonté, pour un jeune homme de prouver sa virilité, peut également le pousser à se lancer dans des comportements à risque.

Malgré les changements introduits dans le Code de la famille du Rwanda notamment en matière de propriété, beaucoup de Rwandais se réfèrent encore à la coutume pour refuser aux femmes le droit de propriété sur le bétail, sur la terre et sur la gestion des fruits de leur labeur.
Toutes ces situations d'inégalités économiques placent beaucoup de femmes dans une position de dépendance et d'infériorité, ce qui limite leur pouvoir de décision en matière de choix de partenaires et de rapports sexuels.

Les crises socio – politiques que le Rwanda a traversées ont été souvent accompagnées d'une violence à caractère sexuel à l'égard des femmes dont certaines ont été contaminées par les IST/VIH/SIDA.

Ainsi donc, des différences notables existent dans la façon dont l'épidémie à VIH/SIDA frappe les populations des deux sexes. C'est pour cela que la réponse nationale, dans ses stratégies d'éducation, de prise en charge et de réduction de l'impact, doit tenir compte des aspects de la dimension genre.

1.1.5 **Profil Socio- Culturel**

La majorité de la population rwandaise parle la langue Kinyarwanda, suivie du Français et de l'Anglais parlées respectivement par 5.3 % et 1.3 % de la population.

Au plan religieux, les chrétiens représentent 92 % contre 2 % de musulmans et 0.2 % qui pratiquent la religion traditionnelle. Cette forte adhésion aux confessions religieuses devrait être profitable à la lutte contre le VIH/SIDA en termes de mobilisation et de conscientisation lors des campagnes d'évangélisation.

Au plan familial, l'une des conséquences de la guerre et du génocide est le changement profond dans cette structure avec un relâchement des liens familiaux, des relations de voisinage et des liens de solidarité traditionnelle ainsi que l'apparition de nouvelles formes de vie en ménage dont:

- Les familles monoparentales dirigées essentiellement par les femmes seules(36%) et de veufs(1.2%)
- Les ménages tenus pas les enfants et les jeunes personnes.
- Les Centres pour Enfants non Accompagnés tenant lieu de familles pour certains orphelins et enfants non accopagnés. A ce sujet, il faut savoir que le Rwanda compte actuellement environ 400.000 orphelins dont 95.000 orphelins du SIDA.

Ces ménages constituent les catégories vulnérables économiquement et sont à risque pour le VIH/SIDA.

D'après l'Etude menée conjointement par le MINISANTE et le MIGEFASO en 1998, 59 % de prostituées sont des femmes seules dont 34 % sont des mères - célibataires et 25 % des veuves.

L'état matrimonial de la population montre une grande proportion de personnes qui ne sont pas en union. En effet, on rapporte qu'au Rwanda, 52 % de femmes et 48 % d' hommes âgés de 15 à 49 ans ne sont ni en union légale ni en union consensuelle. Ce sont des personnes qui risquent d'avoir des partenaires multiples d'autant que la polygamie est une pratique illégale (même si elle touche 12 % des femmes en union) au Rwanda. (MINISANTE/ONAPO, EDSR – II, 2000)

Le statut de la femme rwandaise est de droit égal à celui de l'homme mais de fait inférieur selon la tradition. Ce statut influence directement la possibilité de prise de décision dans des domaines importants comme la santé (dépistage, traitement des IST, contraception, etc.) où seulement 23 % des femmes en union peuvent prendre des décisions concernant leur propre santé et que dans 48 % des cas, c'est le mari seul qui a le dernier mot. La majorité des filles célibataires (52%) voient les décisions sur leur santé prises par quelqu'un d'autres sans les consulter.

La communication entre les jeunes et les adultes sur des sujets en rapport avec le sexe se heurte à beaucoup de barrières socio-culturelles ; c'est pour cela que pour acquérir des connaissances sur la santé sexuelle et reproductive (IST/VIH/SIDA), les jeunes recourent essentiellement à leurs pairs, et dans une moindre mesure, aux média, aux parents et aux enseignants.

Le danger, lorsqu'ils s'informent auprès de leurs pairs qui, eux mêmes, ne sont pas bien informés, est de retenir des informations fausses ou tronquées (basées sur des rumeurs, par exemple).
De plus la honte ou la gêne ressentie par les Rwandais en ce qui concerne le sexe constitue un obstacle à la prévention du VIH et des IST car les gens hésitent à consulter les services spécialisés pour les soins et même les consultations prénatales.

L'inexistence des lieux de loisirs en milieu rural peut constituer un facteur de propagation du VIH/SIDA pour les jeunes ruraux et les personnes désœuvrées (de la ville ou de la campagne) qui, pour s'occuper, risquent de s'exposer aux comportements à risque pour le VIH/SIDA comme l'alcoolisme, la prostitution, la drogue, etc.

En matière de soins de santé, il faut remarquer que la médecine traditionnelle existe mais qu'elle n'est pas suffisamment exploitée. Avec la propagation du VIH et la récurrence des maladies opportunistes, il y a lieu de s'attendre à une augmentation de la demande de services de santé à tous les niveaux.

1.1.6 Profil Sanitaire

1.1.6.1 Etat de santé de la population

Les grandes causes de la mortalité et de la morbidité sont le paludisme, le VIH/SIDA, les maladies liées à la malnutrition, celles liées au manque d'hygiène individuelle et publique, au faible accès à l'eau potable et dans une moindre mesure les accidents de circulation.

Le faible niveau de santé au Rwanda se traduit par les principaux indicateurs ci-après:
- Taux de décès global: 16.8 / 1000 (EDS 1996)
- Taux de mortalité infantile: 107 / 1000 (EDSR 2000)
- Taux de mortalité juvénile: 100/ 1000 (EDSR 2000)
- Taux de mortalité maternelle: 1071 / 100.000 naissances vivantes (EDSR 2000)
- Espérance de vie à la naissance: 49 ans (EDSR 2000)

Il apparaît que tous ces taux élevés de mortalité ont un impact sur le taux de fécondité.
Selon le MINISANTE, le paludisme est la première cause de consultation et plus de 31.1 % de décès sont dus à cette maladie.
En tant que première cause de mortalité des enfants, il a une incidence négative sur l'espérance de vie et constitue un obstacle à la planification familiale.
L'utilisation des moustiquaires imprégnées dans la prévention de cette maladie est encore très faible avec un taux de moins de 7% de ménages qui en possèdent.

La mortalité est aggravée par la pandémie du VIH/SIDA qui affecte surtout la population active et dont l'impact est néfaste sur le développement économique et social du pays.
En 2002, on estime que 400.000 sujets sont infectés par le VIH/SIDA contre 150.000 sujets en 1986.

En matière de santé de la reproduction, les taux élevés de mortalité maternelle et de mortalité juvénile montrent que la mortalité materno-infantile est l'un des défis majeurs auxquels le Système de Santé est confronté.
Elle s'explique en partie par une forte fécondité qui est de 5.8 enfants par femme et par une faible couverture contraceptive dont le taux était de 13 % en 2000. Pour l'ensemble des femmes âgées de 15 à 49 ans interviewées lors de l'EDSR 2000, seulement 7% utilisaient une méthode contraceptive quelconque au moment de l'enquête contre 14 % en 1992.

Cette faible couverture contraceptive se traduit par la persistance des besoins non satisfaits. En 2000, 53 % de femmes ont manifesté l'intention d'utiliser une méthode contraceptive dans le futur et plus de 36% ont exprimé le besoin d'une utilisation immédiate.

L'utilisation de la contraception dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant va augmenter la demande des services de planification familiale.

La forte propagation du VIH en milieu rural qui est passée d'un taux de 1.3 % à 10.8 % respectivement en 1986 et 1997 montre un grand besoin d'informations dans ce milieu.
Le besoin d'informations concerne surtout les adolescents qui en subissent des conséquences visualisées par des grossesses non désirées, des infections génitales, des avortements clandestins, etc.

Les services de santé sont sous utilisés. Cela peut s'expliquer principalement par l'inaccessibilité financière des soins de santé pour la plupart de personnes malades mais aussi l'inaccessibilité géographique de quelques Centres de santé. En effet, on observe que les distances à parcourir pour atteindre un établissement de santé constitue un obstacle pour certains malades à cause du relief montagneux du pays. On estime que près de 80% de la population habitent à moins d'une heure de marche d'une formation sanitaire de premier niveau.

Selon les données de l'EDSR 2000, 82 % de femmes déclarent être confrontées aux problèmes évoqués ci – haut et les femmes du milieu rural et celles sans instructions, soient 91 % , ont accès difficilement aux établissements de santé. Cela peut expliquer en partie le fait que 73 % de naissances survenues au cours des cinq dernières années ayant précédé l'enquête (EDSR en 2000) ont eu lieu à la maison et que la grande proportion de ces naissances, soient 79 % se font en milieu rural.

La couverture vaccinale des enfants de 12 - 23 mois qui est de 76 % a connu une baisse non négligeable par rapport au niveau de 1992 qui était de 87 %. Le fait le plus marquant est que cette couverture est plus faible à Kigali (65 %) que dans le reste du milieu urbain (82 %) et en milieu rural (76%). Les efforts appréciables du Programme Elargi de Vaccination se traduisent par le fait que seulement 4 % des enfants de 1 - 4 ans n'ont eu aucun vaccin. (MINISANTE/ONAPO, EDSR – II, 2000)

L'allaitement maternel est une pratique répandue avec 97 % de femmes quelles que soient les caractéristiques des mères. Cela est en conformité avec les recommandations de

l'OMS et de l'UNICEF qui demandent que tous les enfants soient exclusivement nourris au sein jusqu'à six mois. Des alternatives d'alimentation sont cependant nécessaires pour les mères séropositives qui ne pourront pas allaiter leurs enfants.

1.1.6.2 VIH/SIDA et autres maladies associées

Il existe une relation entre l'infection du VIH/SIDA et plusieurs maladies infectieuses et contagieuses parmi lesquelles on retient principalement les IST et la Tuberculose.
De plus en plus, on mentionne également certaines endémies locales comme : le paludisme, les parasitoses intestinales et la dysenterie bacillaire.

- **Les Infections Sexuellement Transmissibles :**

Dans le monde surviennent environ 333 millions de nouveaux cas d'IST. Les pays subsahariens sont les plus touchés par ces infections (Bos E. and Bulatao R.A, 1992).

Il faut noter que les IST mal soignées jouent un rôle important dans la stérilité et la transmission du VIH. En effet, plusieurs études ont déjà prouvé que les IST courantes aussi bien ulcératives (syphilis, chancre mou, herpès) que non ulcératives (gonococcie, chlomydia) facilitent la transmission sexuelle du VIH.

Au Rwanda, la prévalence de l'infection à VIH chez les patients atteints d'IST dépassent de loin celle observée dans la population en général.
En 1997, l'enquête de séroprévalence a montré que les personnes ayant des symptômes courants des IST comme des ulcères génitaux ou les écoulements urétraux étaient deux fois plus à risque d'attraper le VIH que celles qui n'ont aucun symptôme d'IST.

En conclusion, si on mène une lutte efficace contre les IST, on peut réduire de moitié la prévalence de l'infection à VIH dans le pays.

- **La Tuberculose**

L'association tuberculose/VIH est aujourd'hui bien connue. Cette maladie est l'infection opportuniste la plus fréquente associée à l'infection à VIH/SIDA. En effet, plus de la moitié des cas de tuberculose s'est révélée être carrelée au VIH/SIDA. Les données du tableau 1.1.5 ci – après montrent bien cette évidence. De 1998 à 2001, la tuberculose pulmonaire se classe parmi les premières infections opportunistes relevées par le Centre Hospitalier de Kigali (CHK).

Tableau 1.1.5 : Evolution de certaines infections opportunistes notifiées par le CHK

Pathologies	1998	1999	2000	2001
SIDA	201	273	150	32
Tuberculose pulmonaire	431	790	615	585
Tuberculoses extra pulmonaire	48	34	9	84
Kaposie	9	3	6	19
Pneumocystose	1	0	13	6
Candidose oesophagienne	8	1	6	8
Méningite à cryptoccoque	87	51	173	170

Source : *MINISANTE/TRAC, mars 2002*.

Etant une maladie de Santé publique, la prise en charge de cette infection est relativement bien organisée sur le Territoire National par le Programme National intégré Lèpre – Tuberculose.

Au regard de l'importance de la relation tuberculose/VIH, le présent Cadre stratégique a fait de la bactériosurveillance de la tuberculose une de ses priorités d'intervention.

- **Autres maladies connexes**

Il existe de nombreuses maladies et carences nutritionnelles qui ont une relation moins directe avec le VIH/SIDA que la tuberculose et les IST. Ce sont le paludisme, les parasitoses intestinales, la dysenterie bacillaire, la malnutrition, etc. Toutes ces maladies et carences altèrent la santé des individus en fragilisant leurs défenses immunitaires. De telles conditions rendent les sujets plus vulnérables aux agressions de l'infection à VIH.

Certaines de ces maladies méritent une attention soutenue de la part des autorités sanitaires quant on sait que ces maladies sont classées parmi les premières causes de morbidité et de mortalité. C'est le cas du paludisme qui constitue la première cause de morbidité et de mortalité durant les cinq dernières années au Rwanda. En effet, il totalise, à lui seul, au moins 40% de toutes les consultations des centres de santé et son taux de létalité est de 0.15%.

1.1.6.3 Organisation du Système de Santé Rwandais

L'Organisation et la Gestion du Système de Santé qui est l'un des déterminants de la qualité des soins sont basées sur la Stratégie des Soins de Santé Primaires.
Le Système de Santé a une structure pyramidale échelonnée sur trois niveaux :

- Le Niveau Central comporte cinq Directions au sein du Ministère de la Santé et trois Hôpitaux de Référence (Centre Hospitalier Universitaire de Kigali, Centre Hospitalier Universitaire de Butare et Centre Neuro – Psychiatrique de Ndera)

- Le Niveau Provincial comporte une Direction de la Santé, Genre et Affaires sociales

- Le niveau périphérique est constitué de 39 districts sanitaires et près de 400 infrastructures sanitaires. Un District possède un hôpital et une constellation de Centres de santé. Il dessert en moyenne 200.000 habitants tandis qu'un Centre de santé dessert plus ou moins 20.000 habitants.

Les attributions varient en fonction des structures de différents niveaux. Ainsi, le niveau central est chargé de la formulation de la politique et du cadre stratégique de santé ainsi que de leur mise en oeuvre en assurant un encadrement technique, un cadre juridique, une coordination, un suivi et une évaluation de la situation sanitaire du pays.
Le niveau intermédiaire, quant à lui, assure la planification, la gestion, la coordination et l'évaluation des activités menées dans les formations sanitaires de son ressort. Le niveau périphérique veille à la mise en œuvre des activités en faveur des communautés de base.

A tous ces niveaux, le fonctionnement du système de santé est handicapé par un certain nombre de problèmes dont les plus importants sont relatifs aux ressources humaines et financières.
La dépendance financière vis à vis de l'extérieur et le retard de déblocage des allocations budgétaires paralysent également le bon fonctionnement du système de santé.
(MINISANTE, Analyse de la Situation Sanitaire au Rwanda, décembre 2000).

Dans le processus de réorganisation de la lutte contre le VIH/SIDA, le Gouvernement Rwandais a créé, au sein du Ministère de la Santé, depuis mars 2001, le TRAC dont le mandat est de promouvoir, piloter et coordonner les interventions du Secteur médical : le dépistage volontaire, la prise en charge des IST, la prévention de la transmission Mère – Enfant, la surveillance épidémiologique et la recherche bio-médicale. C'est cette structure qui a remplacé le PNLS**.**

1.1.7 La Bonne Gouvernance

La période post – indépendance a été marquée par le manque de Bonne Gouvernance dont l'une des conséquences est une pauvreté structurelle au Rwanda avec son cortège d'insuffisance de la production agricole, de sous emploi de la main d'œuvre agricole,

d'analphabétisme, de faible accès aux soins de santé, à l'information, à la formation, à l'eau et aux équipements collectifs, etc. Il en a résulté également une série de tragédie socio – politiques dont le point culminant est le génocide de 1994.

La promotion de la Bonne Gouvernance qui prône la sécurité, l'unité nationale, la justice sociale et en somme la démocratie est donc requise pour lutter contre la pauvreté et surtout pour un développement durable.

Dans ce sens, la bonne gouvernance concerne non seulement les dirigeants des structures étatiques mais aussi toute personne ou institution oeuvrant pour le bien – être de la population.

Dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, la bonne gouvernance joue un rôle majeur dans le bien – être de la population dans la mesure où elle favorise l'utilisation rationnelle des ressources grâce à la concertation dans l'identification des priorités et au consensus national qu'elle crée autour des grandes orientations à prendre sur le plan régional ou national.

La visibilité de la bonne gouvernance par rapport au VIH/SIDA peut être mieux cernée à travers les droits de l'homme, le système de justice et le Processus de Gacaca, la réforme constitutionnelle, la démocratisation et la décentralisation.

- ***VIH/SIDA, Droits de l'homme et Justice*** :

La réalisation universelle des droits de la personne et des libertés fondamentales est indispensable si l'on veut réduire la vulnérabilité face au VIH/SIDA.
Dans cette optique, le respect des droits des personnes atteintes du VIH/SIDA entraîne l'adoption des mesures visant à éliminer toutes formes de discrimination pouvant conduire à la stigmatisation et à l'exclusion sociale.

La commission des Droits de l'homme (CNDH) du Rwanda participe à la promotion et la protection des droits de l'homme en général, en étroite collaboration avec les ONG nationales et internationales. Par ailleurs, la CNDH sera très impliquée dans toutes les politiques du Gouvernement en liaison avec les droits de l'homme.

Des réformes du système de justice et de Gacaca envisagées durant les prochaines années en terme de responsabilité, d'investissement et de révision de lois discriminatoires sont devenues indispensables.
L'environnement juridique pour le respect des droits des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA et particulièrement les populations les plus vulnérables doit être redynamisé à un réseau éthique et juridique.

- ***VIH/SIDA et décentralisation*** :

Une approche participative est devenue indispensable pour planifier les actions de la lutte contre le VIH/SIDA.

Cependant, un des défis majeurs qui se pose au Rwanda est la capacité de mettre en place rapidement un système de décentralisation, outil privilégié de la bonne gouvernance. L'efficacité de la participation de la population de base aux activités de lutte contre le VIH/SIDA sera un des indicateurs privilégiés de la décentralisation.

- ***VIH/SIDA et Sécurité*** :

Les conflits armés aggravent la propagation de l'épidémie du VIH/SIDA à cause des problèmes engendrés par la dislocation des familles, la promiscuité dans les camps de déplacés ou de réfugiés entraînant des viols et surtout la pauvreté qui favorise la prostitution.
C'est pourquoi, l'engagement du Gouvernement actuel à participer aux résolutions des conflits régionaux est à encourager par la Communauté internationale.

I.2 JUSTIFICATION DE LA LUTTE

Au plan continental, le Rwanda est classé parmi les pays les plus touchés par l'épidémie du VIH/SIDA. Selon les données épidémiologiques sur le VIH/SIDA du TRAC, la séroprévalence serait estimée à 13% de nos jours. Une étude réalisée dans le pays (enquête de population de 1997) avait rapporté un taux de 11%.

Face à la gravité de l'épidémie à VIH, le Gouvernement Rwandais, depuis 1987, a engagé une série de réponses sur l'ensemble du territoire national avec l'appui des acteurs nationaux et des partenaires.

Cette partie du document justifie l'élaboration d'un Cadre Stratégique en mettant en évidence tour à tour :

- L'ampleur et la gravité du problème
- Les déterminants de l'épidémie
- Les groupes vulnérables
- Les impacts du VIH/SIDA
- L'organisation et la réorganisation de la lutte contre le VIH/SIDA
- Les réponses au VIH/SIDA
- Les leçons apprises des expériences antérieures
- L'importance du Cadre stratégique

1.2.1 Ampleur et gravité du problème

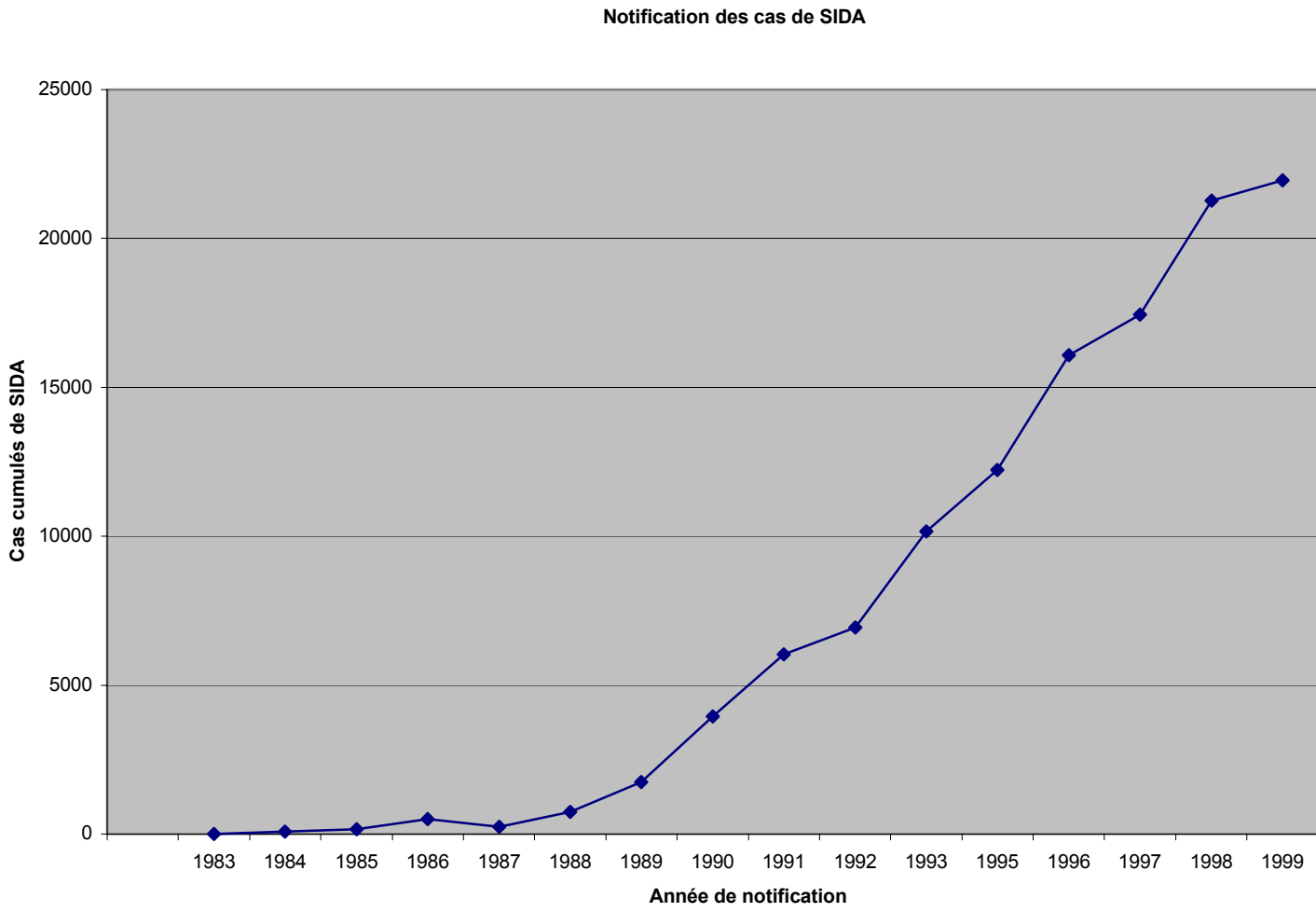
1.2.1.1 Nombre de cas de SIDA au Rwanda

C'est en 1983 que les premiers cas de SIDA ont été décrits au Rwanda. Au 31 décembre 1999, le nombre cumulé de cas de SIDA notifiés par le Système National de Surveillance Epidémiologique se situait à 21951 (cfr figure 1.2.1 a). Des données plus

récentes ont été présentées par le TRAC. Le rapport épidémiologique 1998 – 2000 de mars 2001 fournit des données couvrant les quatre dernières années. De 1998 à 2001, le nombre de cas de SIDA notifiés se situat à 17.950 cas. La figure ci – après 1.2.1.b rapporte ces données en détails.
Ces chiffres ne représentent que la partie visible de l'épidémie dans les services de santé du Rwanda, ils sont donc en deçà des réalités pour les raisons suivantes :

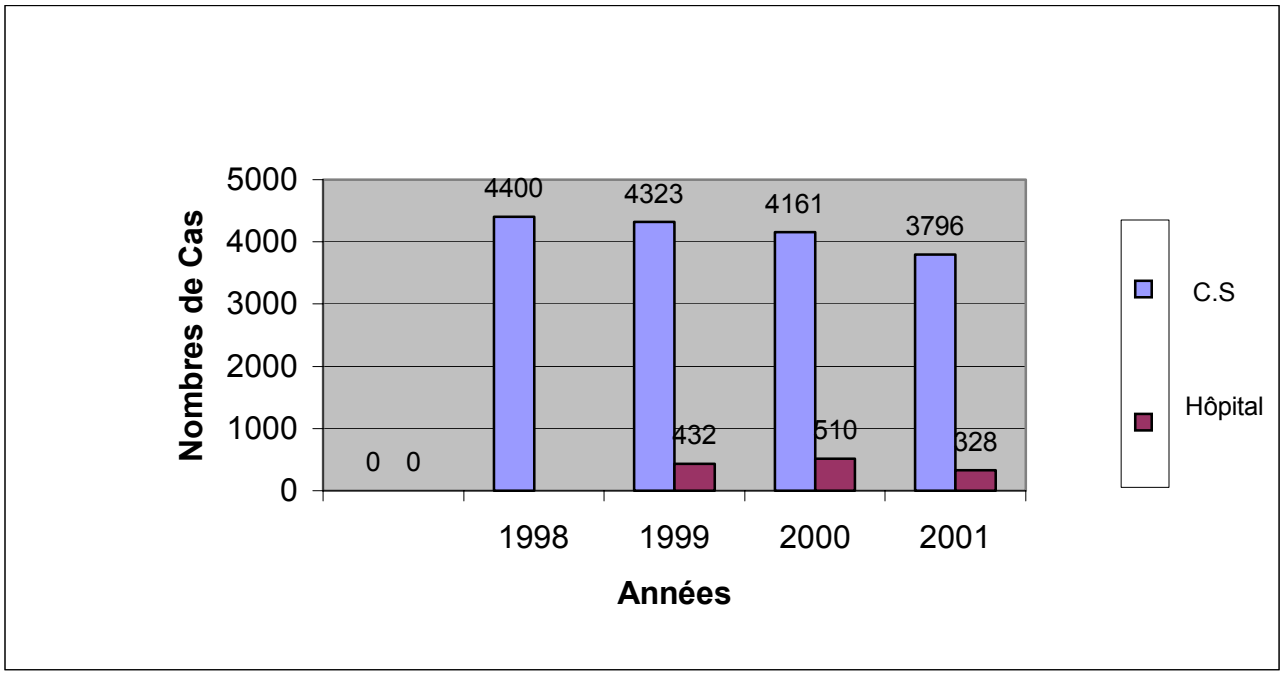
- De nombreux malades ne fréquentent pas les structures sanitaires et décèdent à domicile
- De nombreux soignants n'attachent que peu d'importance au diagnostic des cas de SIDA qui est souvent contraignant
- De nombreux malades de SIDA meurent avec d'autres maladies associées
- La notification des cas dans certains services de santé est défaillante

Figure : 1.2.1 a : **Notification des cas de SIDA au Rwanda par le Système National de Surveillance épidémiologique.**



Source : *OMS/AFRO, 2000*

Figure 1.2.1 b: Evolution des Cas de Sida clinique notifiés par les centres de Santé et les Hôpitaux



Source : *SIS - MINISANTE*

1.2.1.2 Sérosurveillance du VIH au Rwanda

Les données de la sérosurveillance du VIH/SIDA au Rwanda proviennent de deux principales sources :

- La Surveillance sentinelle du VIH/SIDA
- L'Enquête populationnelle du VIH/SIDA

i) **La surveillance sentinelle du VIH/SIDA**

C'est l'OMS qui a demandé dès le début du Programme National de Lutte contre le SIDA de sélectionner dans chaque pays des populations sentinelles représentatives des adultes sexuellement actifs pour mesurer l'étendue de l'épidémie à VIH et identifier les groupes de population vulnérables. (Chin, 1990).

A travers les pays, les femmes enceintes fréquentant les dispensaires pour les soins prénatals et les patients souffrant d'IST ont été, en majorité, les populations sentinelles les plus régulièrement sélectionnées. C'est le cas du Rwanda où la surveillance par postes sentinelles a démarré dès décembre 1988 avec deux sites : MUHIMA et GIKONDO dans la Ville de Kigali.

En 1991, la couverture géographique des sites sentinelles s'est étendue à dix autres sites bien répartis en milieu urbain et en milieu rural. Ces sites ont bien fonctionné jusqu'en 1999 en dehors des endroits où l'insécurité liée à la guerre civile et au génocide de 1994 empêchait l'accessibilité.

Les résultats obtenus de la surveillance de l'épidémie du VIH par postes sentinelles ont donné des tendances sur plusieurs cibles telles que :

- Les femmes enceintes
- Les patients atteints d'IST
- Les donneurs de sang

- **Données sur les femmes enceintes**

Après le démarrage de la surveillance par postes sentinelles en 1988, en deux ans, 4486 femmes enceintes fréquentant ces sites ont été prélevées et testées pour le VIH. 24,5% de ces femmes étaient infectées et l'épidémie progressait annuellement à un rythme moyen d'au moins 3%. Il s'est avéré que l'épidémie du VIH frappait plus dans le milieu urbain, notamment à Kigali que dans le Milieu rural.

Entre 1991 et 1999, d'autres données provenant de la sérosurveillance par site sentinelle ont démontré que l'infection a significativement diminué en milieu urbain passant de 26,7% en 1991 à 14,1% en 1999 et quasiment doublé en milieu rural passant de 3,3% en 1991 à 6,1% en 1999.

On constate que les efforts de prévention du VIH/SIDA n'ont pas véritablement touché le milieu rural au Rwanda.

Dans le cadre de la réorganisation globale de la lutte contre le VIH/SIDA amorcée depuis 1998 au Rwanda, il convient d'accroître toute l'attention à ce secteur qui déjà est défavorisé sur plusieurs plans de développement économique et social.

Le tableau ci – après présente les données des Centres de PMTCT de 1999 à 2001.

Tableau 1.2.1 a : Résultats de PMTCT de 1999 à 2001

Indicateurs	1999	2000	2001
Nombre de consultations	1112	1777	10257
Nombre de femmes conseillées	1112 (100%)	1777 (100%)	9333 (90%)
Nombre de femmes testées	801 (72%)	1464 (82.5%)	9213 (87.9%)
Nombre de femmes ayant récupéré les résultats	693 (86%)	1282 (87.5%)	4114 (87.8%)*
Nombre de femmes séropositives	180 (22.5%)	373 (25.5%)	1782 (19.3%)
Nombre de femmes ayant reçu la Névirapine ou l'AZT	110 (62.1%)	233 (62.5)	609 (37.3%)

Source : *MINISANTE/TRAC, Mars 2002*

* Ce taux a été calculé à base des données de 8 sites seulement, car les quatre autres sites n'ont pas donné les informations sur le nombre de femmes ayant récupéré les résultats.

Jusqu' à maintenant seul le Centre de santé de Kicukiro fait le suivi des enfants et les teste à quinze mois. Sur 859 enfants suivis depuis 1999, seulement 51, soit 8.6% ont été testés et 3.9% des enfants testés étaient infectés. On note un faible taux d'acceptabilité du test satisfaisant (il varie entre 72% et 87.9%). Le faible taux de proportion de femmes ayant reçu la névirapine ou l'AZT, est expliqué par le fait qu'il y a des femmes testées mais qui n'ont pas encore accouché ou des femmes séropositives qui accouchent dans une formation sanitaire ne disposant pas du programme de PMTCT.

- **Données sur les patients atteints des infections sexuellement transmissibles**

Concernant cette catégorie de cible, les tendances des estimations de la séroprévalence semblent élevées. En effet, les données de surveillance de 1988 ont montré qu' en moyenne 60% des patients hommes comme femmes étaient porteurs de l'infection du VIH/SIDA.
On a, cependant, une nette régression des tendances entre 1988 – 1996, période à laquelle la prévalence a chuté remarquablement de 60% en 1988 à 35% en 1996 comme indiqué dans le tableau 1.2.1 b ci – après.

Tableau 1.2.1 b : Tendances des estimations de la séroprévalence de l'infection à VIH chez des patients atteints de MST recrutés dans des sites sentinelles au Rwanda entre 1988 et 1996.

Années	Hommes		Femmes		Ensemble des partenaires	
	%	n	%	n	%	n
1988	55.1	107	69.8	53	60.0	160
1989	55.4	625	74.2	244	60.6	869
1990	56.4	436	74.5	251	63.0	687
1991	48.1	189	69.1	131	58.4	320
1996	32.9	322	35.5	822	34.8	1144
Valeur de P*	$P < 0.001$		$P < 0.001$		$P < 0.001$	

Source : *OMS/AFRO, août 2000*.

Valeur de P pour le χ^2 d'analyse de tendance linéaire des proportions.

Cette tendance à la baisse s'est maintenue en 1999, elle a même été de 32.6% dans le groupe des patients de sexe féminin. Cette tendance à la baisse pourrait être le fait des efforts de sensibilisation, le reflet du cycle de vie de l'infection ou simplement des biais liés à la collecte de données durant l'enquête.

- **Données sur les donneurs de sang**

La transfusion sanguine a été, dès les premières années de l'apparition du VIH/SIDA, un mode important de transmission du VIH/SIDA. Des efforts ont été consentis par le Gouvernement Rwandais pour assurer cette sécurité transfusionnelle.

Faut – t – il noter que dans les années 1986 – 1987, des chercheurs au Rwanda ont défini les populations dites « sûres » pour les dons de sang. Ces cibles identifiées par le Programme National de Transfusion Sanguine étaient à l'époque les adolescents des écoles secondaires et les habitants des communes rurales du pays. (Lepage et Van de Pierre, 1988).

Les données de la figure ci – après montrent que la prévalence de l'infection à VIH chez les donneurs de sang au Rwanda a nettement évolué de façon positive entre 1985 et 2000. En effet, cette prévalence qui était en 1985 à 13.5% a chuté à 1.5% en 2000. Ceci confirme

une fois de plus que la transfusion sanguine a fait l'objet d'une attention du Gouvernement , des acteurs nationaux et des partenaires.

- **Données sur les groupes des jeunes et les sujets âgés**

En milieu urbain, les tendances montrent que la prévalence de l'infection à VIH a sensiblement diminué dans le groupe d'âge de 15 – 49ans entre 1996 et 1999. Elles montrent cependant que la prévalence a augmenté significativement au cours de la même période en milieu rural.
A Biryogo (secteur urbain) par exemple , le taux d'infection s'est infléchi de 28,8% à 17.7% de 1996 à 1999 tandis qu'à Nyagatare (secteur rural), le taux a varié de 5.6 à 11,8% entre 1996 et 1999. (OMS/AFRO, Surveillance MST/VIH/SIDA au Rwanda, 2000).

- **Données sur les Prostituées**

Les prostituées constituent au sein des femmes la population la plus vulnérable face au VIH/SIDA au Rwanda. Les premières études menées dès 1985 ont estimé le taux de prévalence de l'infection à VIH supérieur à 80% au sein de ce groupe. Depuis lors, il n' y a pas eu de programme spécifique de prévention et de prise en charge des IST/VIH des prostituées jusqu'en fin 1998, période qui a vu naître le programme PSI – Rwanda avec l'appui du FNUAP initié en direction des prostituées.

ii) **L'Enquête Populationnelle du VIH/SIDA**

Les données de l'enquête sur la sérosurveillance auprès des femmes enceintes sont nécessaires pour appréhender le VIH/SIDA, toutefois, elles s'avèrent incomplètes pour une extrapolation sur la population. C'est pourquoi, des enquêtes de sérosurveillance de l'infection sur un échantillon représentatif de la population résidant dans le pays a constitué la meilleure méthode pour l'obtention d'une estimation exacte de l'importance de l'épidémie.

En décembre 1986, le Rwanda fut l'un des premiers pays au monde à réaliser ce type d'enquête.
Une autre enquête conduite en 1997 dans la population générale autour de 5 sites sentinelles de la sérosurveillance chez les femmes enceintes a montré que la prévalence globale de l'infection à VIH était de 11,6%. En comparant les données de 1986 et 1997, on peut attester que la prévalence a baissé de 17.8% à 11.6% en Milieu Urbain, par contre en Milieu Rural, elle est passée de 1.3% à 10.8% en 1997. De ce qui précède, on peut affirmer que l'infection à VIH prend une évolution critique dans le Milieu Rural. Aussi, des mesures préventives novatrices devraient – elles y être initiées.

Le tableau 1.2.1.c ci – après présente les données des deux études 1986 et 1997).

Tableau 1.2.1c : C**omparaison de la séroprévalence de l'infection à VIH selon le groupe d'âge, le sexe et le lieu de résidence entre 1986 et 1997 au Rwanda**

Lieu de résidence	Enquête de population 1986			Enquête de population 1997		
	N	%	IC à 95%*	N	%	IC à 95%*
Milieu urbain						
Hommes et femmes						
12 – 15 ans	238	4.2	1.7 – 6.7	369	3.3	1.5 – 5.1
16 – 25 ans	493	17.0	12.8 – 21.3	649	9.2	7.0 – 11.4
26 – 40 ans	500	30.0	21.1 – 35.9	424	23.1	19.1 – 27.1
≥ 41 ans	491	14.9	10.3 – 19.4	362	11.0	7.8 – 14.2
Tout âge						
Hommes	948	14.6	11.5 – 17.6	586	8.9	5.9 – 12.9
Femmes	922	21.0	16.3 – 25.8	1218	13.0	10.5 – 15.9
Ensemble	1870	17.8	14.3 – 21.2	1804	11.6	9.6 – 13.9
Milieu rural						
Hommes et femmes						
12 – 15 ans						
16 – 25 ans						
26 – 40 ans	115	1.7	0.0 – 4.1	560	4.6	2.9 – 6.3
≥ 41 ans	168	1.2	0.0 – 2.8	758	9.9	7.8 – 12.0
Tout âge	178	2.8	0.0 – 506	733	14.1	11.6 –16.6
Hommes	172	0.6	0.0 – 1.7	891	12.7	10.5 – 14.0
Femme	378	1.3	0.2 – 2.4	1193	11.7	9.2 – 14.6
Ensemble	364	1.4	0.0 – 2.7	1749	10.1	8.2 – 12.4
	742	1.3	0.5 – 2.2	2942	10.8	9.3 – 12.5

* Intervalle de confiance à 95%

Source : *OMS/AFRO, août 2000*

1.2.2 Déterminants de l'Epidémie du VIH/SIDA

Selon la littérature de la santé communautaire, quatre types de déterminants favorisent la survenue, le maintien et la progression d'un phénomène de santé au sein d'une population.
Ces déterminants sont les suivants :

- Les déterminants biologiques
- Les déterminants liés aux comportements
- Les déterminants liés à l'environnement
- Les déterminants liés à l'organisation, à la gestion et à la coordination des interventions.

En se fondant sur les données de l'analyse situationnelle/réponse au VIH/SIDA et de données de diverses études récentes sur les comportements, les attitudes, les connaissances et les pratiques sur la sexualité des jeunes, les questions liées au genre dans la société Rwandaise, les jeunes et les enfants non accompagnés, on a pu identifier les déterminants de la propagation de l'infection du VIH/SIDA au Rwanda suivant la typologie définie ci-haut.

1.2.2.1 Les déterminants biologiques

Cette catégorie de déterminants touche l'âge, le sexe et le terrain immunitaire des cibles exposées à l'infection du VIH/SIDA.

- ***L'Age*** : L'âge est un paramètre biologique et les études ont montré que la population la plus vulnérable et la plus touchée dans ce monde est constituée par les jeunes de 15 – 25 ans. Le Rwanda ne fait pas exception à ce constat, mieux, des études ont montré que la sexualité notamment en milieu rural est très précoce. Dans l'ensemble, l'âge moyen au premier rapport sexuel est de 14 ans chez les filles et de 13 ans chez les garçons et ces jeunes ont aussi des rapports sexuels avec des partenaires plus âgés (24% de garçons et 54% de filles) (FHI/IMPACT – RWANDA, 2000).

En résumé, la jeunesse constitue dans le contexte de l'épidémie du VIH/SIDA un facteur important de propagation du VIH qu'il convient de prendre en considération dans les politiques et les stratégies en matière de VIH.

- ***Le Sexe*** **:** L'évolution de l'infection du VIH peut être caractérisée de discriminatoire en ce qu'il est prouvé que ce sont les femmes qui sont les plus exposées et les plus atteintes que les hommes. Cette situation interpelle à plus de considération de cette population féminine dans toutes les actions de lutte contre le VIH/SIDA dans le pays.

- ***Le terrain immunitaire***

Il existe autant de terrains immunitaires qu'autant d'hommes sur la planète. Autrement dit, les acquis immunitaires (potentialité de résistance aux stimuli, adaptabilité, etc.) tout comme les insuffisances immunitaires (faible résistance aux agressions, inadaptation etc.) seront différentes d'un sujet à l'autre.
Il est connu dans le domaine du VIH/SIDA que les femmes enceintes et les personnes déjà infectées par certaines maladies infectieuses et parasitaires ont un terrain immunologique fragilisé. Il s'agit du paludisme, de la tuberculose, des IST, des carences nutritionnelles et des parasitoses intestinales. Or, les données sur la situation sanitaire au Rwanda mentionnent que la plupart de ces maladies sont classées parmi les premières causes de mortalité dans le pays. Ceci suggère que la plupart des malades du SIDA ont développé d'autres maladies associées à l'infection du VIH.

1.2.2.2 Les déterminants comportementaux

Depuis 1987, un des objectifs de la lutte contre le VIH/SIDA au RWANDA est de réduire la transmission du VIH principalement par les actions de changement de comportements. Ainsi, tous les plans d'action des secteurs de la lutte conte l'épidémie du VIH/SIDA ont inscrit les activités de sensibilisation à travers l'IEC et le CCC. Ceci témoigne de l'importance des attitudes et des comportements dans la transmission du VIH/SIDA.

Dans la transmission du VIH/SIDA, nombreux sont des attitudes et comportements incriminés. Parmi ces derniers on peut retenir :

- La faiblesse de prise de conscience par la population de la réalité du SIDA
- Le refus d'admettre l'existence du VIH/SIDA
- Les rapports sexuels non protégés et non sûrs
- L'abus d'alcool et les drogues
- Le multipartenariat sexuel
- La prostitution
- La persistance des comportements à risque d'acquisition et de transmission du VIH

1.2.2.3 Les Déterminants environnementaux

Les stratégies d'éducation pour la santé en vue d'un changement comportemental durable ciblent à la fois le comportement de l'individu et son environnement. Avant, la tendance était de culpabiliser l'individu de ses comportements négatifs tout en occultant l'influence négative que peut requérir l'environnement dans lequel il vit. Selon les spécialistes de changement de comportements, l'environnement joue le rôle de facteur stimulant ou bloquant le changement souhaité. Aussi, dans le contexte du VIH/SIDA, un certain nombre de facteurs environnementaux (facteurs sociaux, économiques, politiques, technologiques, informationnels, les mass–média, facteurs géographiques etc.) contribuent à accélérer ou à freiner la propagation de cette infection.

Parmi ces derniers on peut retenir au Rwanda :

- La faible contribution budgétaire des institutions nationales dans la lutte malgré la volonté et l'engagement manifestes du Gouvernement
- L'endémicité de certaines maladies associées au VIH/SIDA telles que la tuberculose et les IST qui fragilisent le terrain immunitaire des individus.
- La précarité des moyens financiers de l'Etat Rwandais
- La pauvreté de la grande partie de la population Rwandaise (60%)
- L'existence de certaines croyances et pratiques culturelles néfastes qui augmentent le risque de propagation du VIH/SIDA (lévirat, sororat, scarifications, partage des objets blessants, les rapports sexuels faits aux veuves dans certains milieux dans le cadre de leur purification, donner le sein à l'enfant de sa voisine qui n'est pas disponible , faire téter le bébé qui vient de perdre sa mère par une autre femme, tolérance des violences sexuelles faites aux femmes par la culture, le refus des préservatifs, etc.)
- L'existence de certaines croyances et pratiques religieuses (position dogmatique sur les préservatifs)
- La villagisation (habitat groupé) des zones rurales
- Les migrations ou déplacements des populations
- La séparation prolongée des conjoints
- Les conditions de vie dans l'armée
- Le nombre élevé de prisonniers
- L'isolement ou l'accessibilité géographiques des régions

1.2.2.4 Les déterminants liés à l'organisation, à la gestion et à la coordination

Les limites dans l'organisation et le fonctionnement des structures nationales de coordination et d'exécution de la lutte contre l'épidémie du VIH peuvent constituer un handicap au développement harmonieux des plans d'actions sectoriels. Aussi, quelques déterminants limitatifs ont pu être identifiés au cours du processus engagé de la lutte. Il s'agit :

- D'une absence de politique et de stratégies cohérentes depuis le début de la lutte contre le VIH/SIDA
- D'une volonté politique pour lutter contre le VIH/SIDA sans de réels moyens affectés à cette lutte
- D'une insuffisance du personnel qualifié
- D'un manque de leadership de l'ancienne structure centrale de coordination de la lutte (PNLS) dans le plaidoyer pour intéresser les autres secteurs non santé à la lutte et pour mobiliser les ressources nécessaires à la lutte
- D'une insuffisance de suivi et de coordination nationale des activités de la lutte
- D'une faible connaissance du degré de participation et des contributions et des contributions financières des partenaires à la lutte
- D'un manque de Centres de Dépistage Volontaire surtout au niveau décentralisé
- D'un manque de counselling adéquat

1.2.3 Les Groupes vulnérables

Dans les milieux urbain et rural, on peut distinguer plusieurs groupes vulnérables au VIH/SIDA. Cette situation de vulnérabilité de ces groupes est due soit à leur statut biologique, matrimonial ou soit seulement leur appartenance à un sexe, à un groupe d'âge et groupe professionnel.

- ***Les femmes***

Le bas niveau socio – économique, l'analphabétisme, les conditions de vie précaires consécutives à la guerre, au génocide et à l'insécurité dans certaines régions du pays, ajoutés à la vulnérabilité biologique rendent les femmes rwandaises susceptibles d'être infectées par le VIH/SIDA plus que les hommes. Cela a été confirmé par l'enquête épidémiologique de 1997 révélant que les femmes sont plus infectées que les hommes dans toutes les catégories de la population.
La vulnérabilité des femmes au VIH serait aussi en partie liée aux comportements à risque de leurs conjoints. Cela est d'autant vrai qu'au lendemain de la crise de 1994 – 1996, la volonté d'avoir un enfant pousse les femmes qui ne sont pas en union à accepter le risque lié aux rapports sexuels non protégés.
Les violences sexuelles faites aux femmes constituent aussi un facteur de transmission du VIH/SIDA. Selon l'Association des Veuves du Génocide (AVEGA), sur 1125 veuves violées durant le Génocide, 70% sont infectées par le VIH/SIDA.Cela est un véritable reflet de la vulnérabilité de la femme face au VIH/SIDA dans le contexte du Rwanda.

- ***Les jeunes***

Le phénomène de précocité des relations sexuelles des jeunes Rwandais a été confirmé par toutes les études CAP. Les jeunes qui s'initient à l'activité sexuelle constituent un des groupes les plus exposés au risque d'infection par le VIH/SIDA du fait surtout de leur faible niveau de connaissances sur l'infection et sur ses modes de transmission alors que c'est un groupe qui est dans la force de l'âge. Ils subissent donc un pression physiologique et naturelle qui les rend vulnérables aux IST et au VIH/SIDA.

L'on sait par ailleurs que certaines filles - élèves du secondaire et du cycle supérieur- ont des rapports sexuels avec des hommes beaucoup plus âgés tout en ayant aussi des rapports avec des garçons de leur âge.

Un autre phénomène qui prend de l'ampleur aujourd'hui est celui de certains hommes adultes y compris ceux qui sont infectés par le VIH qui prennent de petites filles de force ou par consentement motivé par l'argent ou par des menaces de toutes sortes et leur font des rapports sexuels.
Les orphelins, les enfants non accompagnés et surtout les adolescentes chefs de ménages et celles qui sont à la recherche d'emploi sont également des proies faciles des hommes économiquement supérieurs et prêts à marchander des rapports sexuels moyennant certains

services (argent, cadeaux, place à l'école, soins médicaux, emploi rémunéré, obtention d'un document administratif).

Le phénomène de harcèlement sexuel dans une sorte de marchandage de l'aide humanitaire a été également observé au Rwanda durant la période de crise. Lors des situations d'urgence, des immenses camps de réfugiés ou de populations déplacées avec des infrastructures rudimentaires favorisent des expériences sexuelles fortuites auxquelles s'adonnent les jeunes et qui s'ajoutent aux cas de viols et d'esclavage sexuel.

Ce genre de situation met les jeunes filles dans une relation avec les hommes et dans laquelle elles n'ont pas de liberté de choix de partenaires ou de négocier l'utilisation des préservatifs ou même de refuser ces rapports sexuels à risque pour les IST/VIH/SIDA.

Les jeunes sont également vulnérables à cause de la faiblesse des barrières sociales et morales qui ont été mises à épreuves par des crises socio – politiques à répétition et par le Génocide.

- ***Les camionneurs et chauffeurs de taxis***

Les camionneurs, Rwandais et Etrangers traversant le Rwanda (74%) constituent une catégorie professionnelle jeune avec un âge moyen de 33 ans. Bien qu'étant mariés à 70%, la séparation plus ou moins prolongée de leur conjoints pousse certains d'entre eux à s'engager dans des rapports sexuels avec des partenaires multiples habitant le long des axes routiers.

Selon les données de l'enquête menée par le FHI/IMPACT- RWANDA, 40% de camionneurs ont eu des rapports sexuels avec une partenaire occasionnelle et 35% en ont eu avec au moins trois prostituées (au cours des douze derniers mois ayant précédé l'enquête).
Ces comportements exposent ces groupes aux risques de contamination par les MST/VIH/SIDA d'autant que l'utilisation du condom n'est pas systématique avec ces partenaires occasionnelles. Le taux d'utilisation systématique était de 47% chez ceux qui ont fréquenté les prostituées et de 31% chez ceux qui ont des partenaires occasionnelles. On constate également une très faible utilisation des préservatifs avec les partenaires régulières avec un taux de 19% (cfr tableau 1.2.3).

Ces comportements ne sont pas directement liés à l'insuffisance de l'information sur les risques de transmission car la même enquête a révélé que 92% de ces camionneurs connaissent les modes de transmission du VIH et ses méthodes de prévention.
L'alcool, la drogue (22% de chauffeurs interrogés en ont consommé au moins une fois dans leur vie) et la compétition en matière de succès auprès des femmes serait à l'origine de ces comportements.

Tableau 1.2.3 : Utilisation du condom lors du dernier rapport sexuel selon le type de partenaire sexuel

Types de partenaires	Effectif	%
- Partenaire régulière	379	19
- Partenaire Occasionnelle	191	62.8
- Prostituée	226	91.2

Source : *FHI/IMPACT – RWANDA, 2000*

Le taux important des rapports sexuels non protégés avec des partenaires sexuelles occasionnelles, des prostituées et des partenaires régulières appelle des actions de prévention efficaces du VIH/SIDA dans la Région des Grands Lacs.

- ***Les militaires***

Une étude CAP menée en 1996 avec un financement de l'USAID a fait ressortir les caractéristiques suivantes des hommes de l'APR :

- 87% d'entre eux étaient âgés de moins de 30 ans
- 89% de célibataires, 8.3% de mariés, 1,7% de veufs et 1% de divorcés.

Malgré un niveau de connaissances élevé concernant le VIH/SIDA et les IST, 18% des militaires interrogés ont affirmé avoir au moins deux partenaires (leur femme ou une partenaire régulière)

Les conditions socio - politiques dans la région des Grands Lacs amènent beaucoup de militaires à une grande mobilité dans le pays et dans la sous – région, ce qui s'accompagne d'un célibat géographique et parfois pour de longs mois. Les échanges entre la population civile et les militaires sont quotidiens. Or la population civile elle – même présente une configuration particulière avec un grand nombre de femmes seules.
Selon le Directeur des Services Médicaux de l'APR, le taux d'infection parmi les militaires serait bas par rapport au taux de la population civile, grâce à la mise en place d'un système efficace de distribution des préservatifs et des efforts de sensibilisation à partir des hauts officiers.

- ***Les prostituées***

Les premières études dans le pays en1985 ont montré que la prévalence de l'infection dépassait 80% dans cette population (VAn de Pierre et al, 1985).
La prostitution touche la population jeune car la tranche d'âge de 20 – 24 ans représente 30% des prostituées et 53% de prostituées ont déclaré avoir eu leur premier rapport sexuel payant entre 16 et 20 ans.

Malgré une bonne connaissance du condom (91%) et la multiplicité des partenaires sexuels (52% ont de 2 à 5 partenaires par semaine),l'utilisation du condom n'est pas systématique dans les rapports sexuels. Au cours des trente jours ayant précédé l'enquête menée par le FHI/IMPACT – RWANDA, seulement 58 % des prostituées avaient utilisé un condom dans tous leurs rapports sexuels payants. Pour les rapports non payants, l'utilisation du condom diminue car 72% ont déclaré n'avoir jamais utilisé de condom.

Parmi les femmes qui reconnaissent la prostitution comme moyen de subsistance, beaucoup affirment qu'elles ne peuvent pas exiger de leurs clients le port du préservatif, surtout parce que ces hommes s'ingénient à monter le prix du simple au double pour les rapports sexuels non protégés.
Il faut noter que jusqu'aujourd'hui, aucun programme spécifique et étendu de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA ne semble avoir concerné les prostituées du Rwanda.

- ***Les Prisonniers***

Le génocide de 1994 a entraîné d'énormes conséquences dans la société rwandaise. En effet, parmi les effets néfastes engendrés par cette tragédie, on peut mentionner le nombre important des prisonniers qui sont encore détenus dans tous les centres de détention du pays. Plus de 100.000 personnes sont dans cette situation dont 5.500 femmes et 4.400 enfants. De cette population carcérale, on estime que 13.000 prisonniers sont séropositifs.

D'un point de vue épidémiologique, ces prisonniers constituent un groupe à haut risque
vis – à – vis de l'infection du VIH, quant on sait, qu' ils y vivent dans une promiscuité et pour certains dans l'homosexualité. Par ailleurs, ces prisonniers une fois relaxés et de retour dans leurs familles respectives peuvent constituer un motif de propagation de l'infection du VIH dans leur entourage.

1.2.4 Les Impacts du VIH/SIDA

Depuis plus d'une décennie et demie de lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda, les efforts consentis ne sont pas encore parvenus à limiter de manière significative les conséquences de l'infection sur l'individu, la famille et les communautés. En effet on peut observer que l'épidémie du VIH progresse dans l'ensemble du pays avec des implications néfastes sur le plan sanitaire, social et économique.

Il faut noter que l'impact de l'épidémie dépend de particularités de chaque pays et de son niveau de développement humain entre autres, mais aussi, du niveau de la prévalence et de la distribution du VIH au sein des groupes sociaux. Il se manifeste notamment à travers des conséquences sur la croissance économique, sur les systèmes de production agricole, sur la productivité et sur le marché du travail.

1.2.4.1 Impacts sanitaires

Au Plan Sanitaire **:** les répercussions négatives de l'infection du VIH dans le secteur de la santé sont plus évidentes. En effet, celles – ci se traduisent par la dégradation de l'état de santé des personnes infectées d'une part et d'autre part par la surcharge de travail du personnel de ce secteur par ailleurs débordés par les endémo – épidémies autres que le VIH/SIDA, les carences nutritionnelles et les pathologies résurgentes telles que la tuberculose. Il convient d'ajouter que l'impact sanitaire du VIH peut se définir en termes de besoins de formation du personnel de santé eu égard aux nouveaux concepts, aux connaissances et aux techniques engendrés par la survenue de l'épidémie.

Au Rwanda, l'épidémie touche le milieu urbain et le milieu rural à cause de déplacements des populations à l'intérieur du pays , de la migration régionale et de la villagisation(habitat groupé) des zones rurales. Au regard du tableau 1.2.4 a ci - dessous, des indicateurs montrent que l'infection pourrait continuer de progresser. Ceci va entraîner une montée de coûts des soins de santé, une augmentation du nombre d'enfants qui naissent avec l'infection du VIH risquant de devenir orphelins, une augmentation de besoins en termes d'hospitalisations, etc.

Des projections sur une décennie du VIH au Rwanda (1996 – 2010) dans une récente étude épidémiologique réalisée en 2000 (OMS/AFRO, 2000) montrent le désastre que va occasionner l'infection du VIH en termes de populations atteintes, décédées et des coûts de santé. L'on sait déjà qu'actuellement le Rwanda compte environ 400.000 personnes infectées et 95.000 orphelins du SIDA. Certaines estimations rapportées par l'EDS 2000 ne sont pas alarmantes par contre, elles prévoient plutôt une tendance à la stabilisation de l'épidémie du VIH plutôt qu'à son explosion standardisée.
Par ailleurs, corrélée à d'autres facteurs, l'infection du VIH a eu une répercussion néfaste sur l'espérance de vie des populations rwandaises. En effet, on estime que l'espérance de vie qui était de 53.7 ans en 1991 s'est infléchie jusqu'à 49 ans en 2001.

Concernant le cas des PVVIH, les résultats de l'Etude publiée en juillet 2000 par Partnerships for Health Reform sur l'adhésion des séropositifs au système de prépayement des soins de santé au Rwanda ont confirmé que le VIH/SIDA appauvrit et ruine les familles des malades à faibles revenus, ce qui les expose à beaucoup d'autres problèmes de santé.

Les PVVIH interrogés dont la moitié était composée de veuves et de veufs recourent aux services de santé 10 fois plus souvent que les autres personnes. Moins de 30% des chefs de ménage parmi eux étaient capables de supporter les coûts des soins de santé avec uniquement leurs ressources. L'étude rapporte l'expérience au centre de Santé de Matyazo à Butare où dans la phase expérimentale, le système de prépayement des soins de santé a été ouvert à 50 PVVIH. Le problème qui se pose est la capacité du Système de Santé et du Système de prépayement de prendre en charge un grand nombre de PVVIH et de membres de leurs familles. La conclusion de l'étude est qu'il faudra d'envisager des subsides pour le système de prépayement des soins de santé afin de pouvoir y inclure les PVVIH ressortissant des familles à faibles revenus.

Tableau 1.2.4 a: Projections de l'impact et des coûts sanitaires du VIH/SIDA au Rwanda, 1996 – 2010*

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Dépenses soins SIDA (millions) $US	0.57	0.74	0.82	1.08	1.33	1.73	2.35	3.17	4.03	5.13	6.42	7.61	8.68	9.99	11.37
Pourcentage du budget de la santé pour le SIDA	11.5	14.3	15.1	19.7	22.1	27.8	36.1	43.7	53.7	64.2	80.3	84.5	86.8	90.8	94.8
Besoins de jours – lits d'hôpitaux (Milliers)	40.01	51.78	56.64	74.12	89.77	138.8	185.5	246.9	310.1	389.9	567.8	670.5	763	876.6	995.3
Pourcentage lits d'hôpitaux nécessaires	0.8	1.1	1.2	1.6	1.8	1.8	2.4	3.2	4	5.1	5.6	6.1	7	8	9.1
Décès d'enfants dus au SIDA (Milliers)	6.41	6.41	5.03	4.63	4.47	4.09	4.63	4.88	5.18	5.54	5.84	6.15	6.15	6.34	6.66
Cas Tuberculose (Milliers)	10.48	11.9	13.32	14.15	14.95	16.11	16.89	17.71	19.01	20.39	21.39	22.4	23.9	26.46	28.11
Orphelins du SiDA	21.17	22.33	23.56	25.59	28.17	31.28	35.48	37.79	43.03	48.14	53.97	59.56	60.84	65.22	69.67
Homme + femmes (milliers)	1.48	3.06	4.73	8.82	13.66	22.41	34.89	52.88	73.53	97.97	126.9	156.7	186.8	217.7	248.4
Hommes (milliers)	0.73	1.51	2.33	4.36	6.77	11.12	17.35	26.35	36.72	49.01	63.58	78.67	94.02	109.8	125.5
Femmes (Milliers)	0.76	1.55	2.4	4.46	6.9	11.29	17.54	26.53	36.81	48.96	63.3	77.99	92.77	107.9	122.9

Source : *OMS/AFRO, août 200O*

***** Les projections sur le VIH/SIDA à partir de programme informations intégrant plusieurs hypothèses théoriques ne constituent pas une science exacte. Les résultats peuvent varier énormément en fonction du poids donné à certains paramètres informatifs du modèle de projection. Mais l'exercice est dynamique. En effet il est possible à tout moment de modifier les paramètres démographiques et infrastructurels, les données exactes sur le niveau de l'épidémie, les budgets réels de la santé et les coûts réels de prise en charge des malades du SIDA pour obtenir des informations approchant la vérité.

Tableau 1.2.4 b : Projections du nombre de personnes infectées par le VIH ou décédées des suites du SIDA au Rwanda, 1996 – 2010*

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Population VIH (milliers)															
Total	255.18	290.94	328.51	351.18	372.94	404.39	425.80	448.10	482.43	518.66	545.12	570.38	608.13	673.11	715.58
Hommes	141.35	142.73	160.09	170.68	180.69	195.01	204.65	215.17	231.18	249.55	262.93	275.37	293.51	324.98	345.82
Femmes	113.83	148.21	168.42	180.49	192.25	209.38	221.15	232.93	250.63	269.11	282.20	295.01	314.61	348.13	369.76
Nouveaux cas de SIDA(milliers)															
Total	8.00	9.21	9.06	10.78	11.97	14.23	17.66	21.95	25.84	30.58	36.05	40.33	43.60	47.71	51.70
Hommes	4.09	4.71	4.66	5.07	5.83	6.37	7.92	9.60	11.67	13.87	16.38	18.88	20.60	22.69	24.86
Femmes	3.91	4.50	4.40	5.71	6.14	7.86	9.74	12.35	14.17	16.72	19.67	21.45	22.99	25.01	26.84
Naissances séropositives annuelles (milliers)															
Total	4.58	5.18	6.36	7.05	7.66	8.64	8.61	9.04	9.69	10.34	10.72	10.04	10.52	11.46	11.88
Pourcentage	1.34	1.45	1.70	1.79	1.86	2.13	2.07	2.12	2.23	2.35	2.65	2.47	2.59	2.83	2.96
Décès annuels dus au SIDA (milliers)															
Total	6.33	8.00	9.89	10.29	11.71	13.77	16.42	20.38	24.22	28.36	33.51	38.32	42.09	45.76	49.77
Hommes	3.26	4.09	5.05	5.05	5.61	6.43	7.38	9.05	10.81	12.85	15.23	17.71	19.81	21.71	23.81
Femmes	3.11	3.91	4.84	5.25	6.10	7.34	9.04	11.32	13.42	15.51	18.28	20.62	22.27	24.05	25.96
Décès cumulatifs dus au SIDA (milliers)															

Total	6.38	14.38	24.27	34.56	46.27	60.04	76.46	96.84	121.06	149.41	182.93	221.25	263.33	309.09	358.86
Hommes	3.26	7.36	12.41	17.46	23.07	29.50	36.88	45.94	56.74	69.59	84.82	102.53	122.34	144.05	167.86
Femmes	3.11	7.02	11.86	17.11	23.20	30.34	39.58	50.90	64.32	79.82	98.10	118.72	140.99	165.04	191.00

Source : *OMS/AFRO, août 2000*

*****Les projections sur le VIH/SIDA à partir de programmes informations intégrant plusieurs hypothèses théoriques ne constituent pas une science exacte. Les résultats peuvent varier énormément en fonction du poids donné à certains paramètres informationnels du modèle de projection. Mais l'exercice est dynamique. En effet il est possible à tout moment de modifier les paramètres démographiques et ceux sur la course réelle de l'épidémie dans le pays pour obtenir des informations approchant la vérité

1.2.4.2 Impacts sociaux

L'impact social est dûment ressenti par de nombreuses familles affectées par le VIH/SIDA.
Ces familles ont, non seulement perdu les leurs, mais également leurs économies notamment dans la prise en charge médicale de leurs malades.
Le cas du Rwanda est très particulier car beaucoup de familles ont perdu leurs proches dans une double tragédie : celle du génocide d'avril 1994 et celle du VIH/SIDA qui continue encore de d'endeuiller de nombreuses familles.

L'une des conséquences du VIH/SIDA et du génocide est d'avoir laissé des familles monoparentales dirigées essentiellement par des femmes seules et dont 60% sont sans sans revenus et sans soutien. Lorsqu'on sait que 70 % des femmes violées lors du génocide sont séropositives, on peut conclure qu'il y a nécessité d'une prise en charge sociale de ces familles et de leurs orphelins.
Par ailleurs, la guerre, le génocide et le SIDA ont réduit le nombre d'enseignants et entraîné une baisse de la qualité de l'enseignement. L'épidémie du VIH/SIDA contraint fortement les fonds disponibles pouvant permettre à l'Etat de construire plus d'écoles et même de recruter de nouveaux enseignants et faire face aux problèmes d'éducation, l'un des fondement essentiel du développement.

1.2.4.3 Impacts économiques

L'impact économique du VIH a été mis en évidence par plusieurs études qui ont montré comment le VIH/SIDA a des implications sur l'économie d'un pays. Dans le secteur de l'entreprise, les conséquences du VIH/SIDA se manifestent en termes de baisse de la main d'œuvre, d'augmentation de l'absentéisme et d'accroissement des coûts liés aux charges médicales.

Sur le plan familial , l'épuisement du capital matériel des familles, l'augmentation du nombre de dépendants pour les survivants, la diminution ou la perte de la main d'œuvre, la diminution du temps de travail etc., occasionnent une baisse de la productivité, de la production et donc de l'épargne.

Au plan macro économique, la politique nationale de lutte contre la pauvreté a souligné que le VIH/SIDA a un effet dévastateur sur l'ensemble de la Société rwandaise de par ses conséquences sur la population active, ce qui augmente le nombre de dépendants et hypothétique la croissance économique et le développement humain.

Le Rwanda est un pays agricole avec 90% de sa population attachée aux activités agricoles vivant en milieu rural. L'agriculture reste primitive et dépend principalement du travail de l'homme. Avec les groupes d'âges de 15 à 25 ans et les adultes de 25 à 49 ans touchés par l'épidémie du VIH, le secteur agricole risque d'en souffrir. En effet, l'impact économique du VIH dans ce secteur va se définir en termes :
- De perte de vies humaines des adultes dans la force de l'âge pour travailler la terre
- De pertes de main d'œuvre dans les unités agricoles

- De diminution des revenus pour la famille
- De perte de la maîtrise des techniques agricoles puisque les adultes expérimentés auront disparu
- De désorganisation des mécanismes sociaux traditionnels de solidarité

1.2.5 Réponses Nationales au VIH/SIDA

Dans le but de mieux appréhender les réponses nationales au VIH/SIDA, il est apparu judicieux de scinder les réponses en plusieurs catégories dont :

- Les réponses du secteur public
- Les réponses du secteur privé
- Les réponses du secteur communautaire
- Les réponses du secteur des structures de coordination
- Les réponses des structures d'appui financier

1.2.5.1 Réponses du secteur public

- ***Réponses des Hautes Instances Publiques du Pays***

Dès la déclaration des premiers cas de SIDA en 1983, le Gouvernement Rwandais n'est pas resté insensible, mieux, il a apporté des réponses à la hauteur de ses moyens avec l'appui des partenaires privilégiés au développement sanitaire du pays sous l'égide de l'OMS.

Au plan politique, l'implication des Hautes Autorités Politiques du pays s'est manifestée notamment à travers le rôle joué par le Chef de l'Etat dans la plaidoirie au niveau national et l'appui aux initiatives régionales et internationales. Le volet de Protection de l'Enfance contre le VIH/SIDA a reçu du Bureau de la Première Dame un appui substantiel en plaidoirie, en formulation de nouveaux projets, en mobilisation de ressources et en création d'initiatives au profit des Groupes Vulnérables.

Au plan organisationnel, une première Commission Nationale de lutte contre le SIDA fut créée en 1986 ainsi qu'un Programme National de lutte contre le SIDA (PNLS), créé en 1987.
Dans le cadre de son organisation , la lutte contre le fléau du SIDA a connu depuis 1987, deux périodes d'intervention.

La période 1988 – 1992 qui a permis l'élaboration et la mise en œuvre du premier plan à moyen terme axé essentiellement sur la transfusion sanguine, la sensibilisation, la surveillance épidémiologique, les enquêtes CAP et périnatales

La période 1993 – 1997 a connu l'élaboration et la mise en œuvre du deuxième plan à moyen terme. Son exécution fut ralentie par la crise socio – politique et économique que le pays a dû traverser durant la période de 1990 à 1996.

Les deux périodes qui se sont écoulées de 1987 à 1997 ont été une décennie consacrée à l'organisation de la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda.
Les insuffisances, mais aussi, les acquis incontestables de cette décennie de la lutte contre l'épidémie du VIH ont amené le Gouvernement Rwandais à réorganiser la lutte.

C'est, en effet, dans le cadre de cette réorganisation que le plan stratégique 1998 – 2001 a vu le jour et a été mis en œuvre dès 1998. L' évaluation de ce Plan a eu lieu en novembre 2001.
Il faut noter que la troisième période de la lutte contre le VIH/SIDA (1998 à 2001 et 2002 à 2006) s'inscrit en réalité dans le processus de la réorganisation de celle – ci. Elle est amorcée depuis 1998 avec le Plan Stratégique et se poursuivra jusqu'en 2006 avec la mise en œuvre du présent Cadre Stratégique 2002 – 2006 et celle du Plan National Multisectoriel 2002 – 2006.

- ***Réponses du sous-secteur de la santé***

Le MINISANTE a piloté les programmes de lutte contre le VIH/SIDA depuis la création du PNLS en 1987 jusqu'à la mise sur pied de l'actuelle CNLS en novembre 2000.
Au niveau décentralisé, les Médecins Directeurs des Régions sanitaires assuraient la fonction de coordination dans les provinces. Le personnel du MINISANTE a suivi plusieurs formations sur le VIH/SIDA et a mené les toutes premières campagnes de sensibilisation dans le pays. Dans les hôpitaux et centres de santé, le travail de prise en charge médicale a commencé avec le début de l'épidémie. La capacité de dispenser les services médicaux appropriés en rapport avec l'épidémie du VIH a été sensiblement améliorée :

- la sécurité transfusionnelle est assurée par le Centre de Transfusion Sanguine
- Un réseau de douze sites sentinelles répartis sur tout le pays pour la surveillance épidémiologique est opérationnel depuis 1988
- un programme de contrôle des IST et la prise en charge des maladies opportunistes existent à travers les hôpitaux de district
- Le laboratoire National de référence a été doté d'équipements le rendant capable d'effectuer des tests perfectionnés pour le suivi clinique des porteurs du VIH (tests de charge virale et de CD4)
- Un fonds de roulement de 82 millions de francs rwandais a été alloué à la disponibilisation des anti – rétroviraux. De plus, les efforts de négociation avec les firmes pharmaceutiques ont abouti à la baisse des prix dont la dose mensuelle est passée respectivement de 400 mille, 190 mille et 46 mille en 1999, 2000 et en 2001
- Le nombre de Centres de Conseil et Testing volontaire dans le pays est passé de un (1) en 1998 à vingt – deux (22) en 2001.
- Le nombre de Centres de PTME est passé de un (1) en 1999 à douze (12) en 2001.
- Un programme pilote de prévention de la tuberculose et des infections opportunistes chez les PVVIH a été démarré en 2002 dans les districts de Kabgayi et de Rwamagana.

- ***Réponses du secteur public non-santé***

Trois ministères, hors mis le MINISANTE, ont développé leurs programmes sectoriels de lutte contre le VIH/SIDA :

- Le MINADEF dispose d'un programme avec plusieurs composantes dont principalement l'IEC/IST/SIDA pour le changement de comportements, la promotion et la distribution de préservatifs dans les unités de l'Armée, la prise en charge des IST et la prise en charge de patients du SIDA et des maladies associées. Ce programme est également ouvert sur les familles des militaires et sur les milieux humains environnant les camps militaires.
- Le MINEDUC a introduit l'IEC/VIH/SIDA dans les manuels des écoles secondaires et de fin d'école primaire. Il a également déployé des efforts pour promouvoir l'éducation par les pairs à travers les clubs anti – SIDA créés dans presque toutes les écoles secondaires du pays mais qui sont fonctionnels à des degrés divers. Des formations sur le VIH/SIDA ont été organisées pour les enseignants destinés à animer les clubs anti – SIDA, tandis que les inspecteurs scolaires sont préparés à assurer le suivi des activités anti – SIDA dans les écoles de leur circonscription.
- Le MIJESPOC assure le suivi des activités de lutte contre le VIH/SIDA menées dans le cadre du Plan Stratégique Sectoriel de la Jeunesse, élaboré en 1999 par le CNJR. Sont impliquées également les différentes structures organisationnelles de la jeunesse à différents niveaux dont les FOJAS au niveau des provinces et des districts. Les efforts sont principalement mis sur l'éducation et la sensibilisation pour les comportements à moindre risque dans le cadre d'un Programme global de Santé de la Reproduction et d'Education à la vie Familiale.

D'autres ministères n'ont pas encore développé de véritables programmes contre le VIH/SIDA. L'on constate cependant que plusieurs initiatives ont été prises ces derniers temps dans la sensibilisation et l'organisation d'ateliers IEC par divers départements du Gouvernement. Il convient également de signaler que :

- Le MIGEPROFE a commandité deux études CAP sur la prostitution et sur les questions de sexualité et genre dans la société rwandaise.
- Le MINALOC a intégré la sensibilisation sur le VIH/SIDA dans ses services sociaux et apporte un soutien matériel et nutritionnel à des groupes d'orphelins du SIDA.
- Le MIFOTRA fait soigner les fonctionnaires malades et continue à leur verser leur salaire jusqu'à leur décès.

Enfin, disons qu'actuellement, plusieurs ministères s'embarquent dans le renforcement de la réponse nationale de lutte contre le VIH/SIDA. Cela est à encourager.

1.2.5.2 Réponses du Secteur Privé

L'implication du Secteur Privé dans la lutte contre le VIH/SIDA est plutôt faible. Certaines entreprises ont développé des actions de prévention et de prise en charge médical de leur personnel. Cela se passe à travers les actions d'IEC, de prise en charge des

maladies opportunistes et d 'accès à la trithérapie. Les entreprises qui ont déjà commencé de tels programmes sont : la BRALIRWA, la BNR, l'ATRACO, la BRD, le SULFO et la Caisse Sociale du Rwanda.
Toutefois, le Secteur Privé est entrain de s'intégrer progressivement dans les fora nationaux de lutte contre le SIDA. C'est ainsi qu'il est représenté dans la CNLS. La Fédération Rwandaise du Secteur Privé a déjà manifesté sa volonté d'être partie prenante des programmes de lutte contre le VIH/SIDA. Il faudra lui apporter des appuis techniques nécessaires pour l'accompagner dans la mise en œuvre de ces intentions.

1.2.5.3 Réponses du Secteur Communautaire

Les initiatives du Secteur Communautaire ont été très nombreuses, mais concentrées principalement sur la sensibilisation et les ateliers de formation en IEC. En effet, selon l'Etude menée conjointement par Le MINISANTE/PNLS/OMS sur le Rôle des ONG et Associations impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda en 1999, 46% de leurs interventions sont concentrées sur l'IEC. Par contre les Initiatives de prise en charge communautaire sont peu développées.

Les intervenants de l'Eglise catholique, des Eglises protestantes et des Musulmans sont impliqués non seulement dans l'IEC, mais aussi, dans la prise en charge médicale, l'appui psycho – sociale, l'appui matériel et nutritionnel aux PVVIH et aux membres des familles affectées à des degrés divers.

Les associations nationales, comme l'ARBEF, impliquées depuis longtemps dans les programme de Santé de la Reproduction et PROFEMMES TWESE HAMWE dans le cadre de sa campagne « Action pour la Paix » ont intégré l'IEC sur les MST/VIH/SIDA dans leurs programmes d'éducation au niveau de la base.

Les initiatives de prise en charge communautaire sont, non seulement limitées, mais aussi, disposent de peu de ressources par rapport aux autres volets des programmes VIH/SIDA. Toutefois, les quelques initiatives déjà en cours méritent d'être renforcées pour servir la Communauté et constituer des Modèles pour les autres intervenants. On peut citer par exemple :

- CMS – Biryogo qui offre à la population des services de prise en charge des maladies opportunistes, de réhabilitation nutritionnelle des PVVIH et des enfants et effectue des visites à domicile dans leurs familles.
- CARITAS – Rwanda qui appuie les PVVIH et les familles affectées à travers ses bureaux sociaux urbains ;
- L'association AVEGA qui assure la prise en charge psycho – sociale des femmes victimes de Viols du Génocide de 1994 et leur apporte un encadrement social et économique.

Quant aux associations des PVVIH, elles sont de plus en plus impliquées dans le lutte contre le VIH/SIDA, surtout en matière d'IEC, mais restent encore faibles.

En 2000, plus de trente (30) associations de PVVIH se sont regroupées dans un collectif ANSP+ qui, depuis lors, fait des efforts dans le plaidoyer pour une plus grande implication des PVVIH dans les programmes de lutte contre le SIDA. L'ANSP+ a reçu, de divers partenaires (PNUD, ACTION AID**,** IMPACT - RWANDA) des appuis pour renforcer la capacité organisationnelle de ses associations et a commencé à apporter un soutien matériel aux personnes séropositives et à leurs familles.

1.2.5.4 Réponses du Secteur des Structures de Coordination

Jusqu' à la création de l'actuelle CNLS, les fonctions de planification et de coordination des programmes sur le VIH/SIDA étaient assurée par le PNLS. Les interventions du PNLS pour la promotion de la réponse nationale ont atteint plusieurs secteurs (secteur médical, secteur non médical, secteur privé et communautaire).
En outre, le PNLS a travaillé en partenariat avec les partenaires bilatéraux et les multilatéraux pour la promotion de la réponse nationale au VIH/SIDA à travers tout le pays.

Aujourd'hui la coordination au niveau central et la promotion de la multisectorialité sont assurées par la CNLS représentée au niveau décentralisé par les CPLS et les CDLS.

Au sein du Ministère de la Santé, la création du TRAC vise la recherche d'une plus grande efficacité des interventions à orientation médicale notamment par une meilleure coordination.

Un forum d'ONGs impliquées dans les programmes VIH/SIDA a été créé. Il dispose actuellement d'un Coordonnateur permanent qui collabore étroitement avec la CNLS et l'ONUSIDA. Ceci a été possible grâce à la collaboration entre le Gouvernement, l'ONUSIDA et les ONGs.

1.2.5.5 Réponses du Secteur d'Appui Financier

Le soutien à la lutte contre le VIH/SIDA par le Secteur d'appui financier s'est matérialisé à travers les apports financiers et techniques aux différents programmes du Gouvernement et d'ONGs nationales pour la mise en œuvre du PMT I (1987 – 1992), du PMT II (1993 – 1997) suivis par le Plan Stratégique National (1998 – 2001).

Il convient de distinguer d'une part les appuis ponctuels à l'occasion de l'une ou l'autre initiative du Gouvernement et d'autre part les appuis importants aux Axes de prédilection définis dans les programmes de chacun des bailleurs.
Parmi les agences de coopération bilatérales impliquées dans l'appui à la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda, on peut mentionner les suivantes :

- L'USAID a apporté une contribution financière importante aux services centraux, mais, aussi a appuyé les interventions sur le terrain (IEC, prise en charge des

MST/SIDA, dépistage volontaire et counselling, formation, plaidoirie) par le truchement des ONGs spécialisées telles que, World relief, Université John Hopkins, etc. et des projets tels que le FHI/IMPACT – RWANDA, Prime II, AFRICARE.

- La Coopération Belge a été un des plus grands bailleurs dans plusieurs domaines d'activités du PNLS depuis 1983 (sécurité transfusionnelle, MST, évaluation immunitaire, dépistage, surveillance épidémiologique, IEC et apports en médicaments).

- La Coopération Luxembourgeoise a financé la construction d'un grand complexe immobilier qui abrite le TRAC, le CRIS, le Laboratoire de référence et le Centre de transfusion sanguine. Elle continue à appuyer le Centre de transfusion sanguine.

- La Coopération Suisse a appuyé les programmes de Santé Reproductive des adolescents exécutés par le FNUAP. Elle a appuyé également le CNJR.

- La Coopération Française appuie le MINISANTE au niveau central et de district notamment dans la région de Ruhengeri .

- La Coopération Allemande intervient sur le terrain à travers les activités de la GTZ notamment à Butare.

- La Coopération Canadienne a appuyé notamment la création du CIDC dont les activités ont été reprises par d'autres services parmi lesquels le CRIS.

- La coopération Britannique intervient à travers ACTION AID . Elle vient également d'accorder un fonds important de DFID au programme de SIPAA pour une période de trois ans au Rwanda.

- La Coopération Italienne vient de lancer avec l'appui technique de l'OMS un projet d'appui à la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA.

Les agences des Nations Unies membres de l'ONUSIDA ont renforcé leur cadre de concertation qui est le Groupe Thématique, le Groupe de travail technique et le Secrétariat ONUSIDA afin de mieux appuyer la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda. En 2001, elles ont finalisé en collaboration avec la partie nationale, un processus de planification commune UNDAF qui intègre notamment l'appui aux programmes du Gouvernement dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Les Axes d'intervention des Agences des Nations Unies dans la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda ont été les suivantes :

- Pour l'ONUSIDA : financement et appui technique pour le Plan sectoriel de la jeunesse, financement d'un programme ciblant les camionneurs et exécuté par PSI, appui aux

interventions d'IEC à travers les fonds PAF, appui technique à la coordination au niveau national et à travers la GLIA.

- Pour le PNUD : appui à la relance des activités du PNLS après la Guerre et le Génocide, renforcement des capacités pour une réponse multisectorielle et appui institutionnel et technique à la CNLS.

- Pour l'UNICEF : appui aux initiatives d'IEC/SIDA chez les jeunes et au programme IEC/SIDA du MINEDUC et expérience pilote de la prévention de la transmission Mère – Enfant.

- Pour le FNUAP : appui aux programmes de la Santé de la reproduction des adolescents, interventions dans les milieux des prostituées, appui aux centres de dépistage volontaire et mise à jour des programmes pour la population.

- Pour l'OMS : Surveillance épidémiologique et appui technique au MINISANTE.

- Pour l'UNESCO : suivi des expériences IEC/SIDA en milieux scolaires et développement des matériaux IEC.

- Pour la Banque mondiale : Appui institutionnel au PNLS, appui au fonds social VIH/SIDA (1997 – 1999) et préparation du Projet MAP.

- Pour le HCR : Appui aux initiatives de réduction de l'incidence du VIH dans les camps de regroupement et dans les groupes rendus vulnérables.

- Pour le PAM : appui en vivres aux initiatives ciblant les groupes vulnérables en collaboration avec le MINALOC.

- Pour l'ECA : appui à la GLIA.

Par ailleurs, la contribution des Agences de Coopération à la réponse nationale au VIH/SIDA s'est concrétisée dans l'appui à la planification UNDAF et à la formulation du PRSP.

Le processus de planification UNDAF a été financé par le PNUD à travers le Bureau du Coordinateur Résident et a connu la contribution des compétences et ressources humaines de toutes les agences du système des Nations Unies et d'autres partenaires du Développement y compris les ONGs et les coopérations bilatérales. Le processus PRSP a bénéficié du financement du PNUD dès la phase d'initiation et a ensuite été appuyé par d'autres donateurs et principalement par DFID. Faut – il préciser que la préparation des deux documents UNDAF et PRSP a pris en compte les contraintes liées aux VIH/SIDA pour le développement du Rwanda.

1.2.6 **Leçons apprises des expériences antérieures**

La réorganisation de la réponse nationale au VIH/SIDA pour la période de 2002 – 2006, doit prendre en compte les leçons apprises des expériences antérieures afin d'éviter de refaire les mêmes erreurs que par le passé mais plutôt de pouvoir capitaliser les expériences qui ont donné des résultats satisfaisants dans le pays.

Parmi les leçons qui méritent d'être prises en considération, l'on peut citer les suivantes :

- La mobilisation multisectorielle a abouti à l'implication de beaucoup d'intervenants ; mais, leurs actions ont souffert des faiblesses de la coordination de la part des organes au niveau central ;
- La présentation des priorités du programme national en 14 objectifs du dernier PSN, semble avoir créé une sorte de dispersion sans une vue d'ensemble de référence pour orienter les interventions et en assurer le suivi ;
- L'absence de programmes spécifiques pour des groupes spéciaux parmi lesquels les prostituées et les chauffeurs ;
- Un grand nombre d'études et recherches ont été menées dans le pays, mais l'on a constaté une faible exploitation des résultats qui en sont sortis ;
- La mauvaise circulation de l'information sur les recherches et les données épidémiologiques handicape l'avancement dans le travail. Cela est aggravé par le manque d'un Centre de Documentation sur le SIDA ;
- La sensibilisation IEC a privilégié la communication de masse alors que les communications individualisées et rapprochées sont si importantes dans une question aussi intime et délicate que la sexualité. La complémentarité des deux modes de communication s'avère nécessaire ;
- En matière de sensibilisation de la population en général, des résultats appréciables ont été atteints. Cela se remarque :

    - au niveau de connaissances sur le VIH/SIDA par la population
    - à la forte augmentation de la demande en VCT à travers tout le pays
    - à la tendance à l'infléchissement de l'épidémie dans les milieux urbains

Mais la place que les médias nationaux accordent à la promotion du préservatif continue à soulever des controverses dans certains milieux religieux. Pourtant, d'un autre point de vue, force est de constater que les intervenants susceptibles d'enseigner l'Abstinence et la Fidélité n'ont pas encore déployé les ressources dont ils disposent pour donner leur message.

- Malgré le grand nombre d'intervenants, le milieu rural où vit 90% de la population n'a pas encore reçu comparativement les ressources qu'il mérite. Les CPLS et les CDLS créées dans le cadre de la décentralisation n'ont pas encore les moyens à la hauteur de la tâche qui les attend ;

- C'est seulement au cours des deux dernières années que la prise en charge des PVVIH commence à obtenir l'attention dans les programmes nationaux d'intervention. Or, à cause du manque de programmes solides de prise en charge, l'implication des PVVIH d'un niveau intellectuel et social élevé reste faible. Cela devrait être corrigé avec l'adoption de la stratégie GIPA ;
- Des secteurs importants qui, selon le PSN 1998 – 2001 devaient être impliqués dans la mise en œuvre des programmes nationaux n'ont pas reçu les appuis nécessaires en expertise et en ressources financières pour pouvoir planifier et démarrer leurs interventions ;
- Les intervenants de terrain déplorent les lourdeurs administratives et la longueur des procédures chez tel ou tel bailleur pour l'obtention de fonds pour leurs activités ;
- Le dernier Plan Stratégique a été évalué à la fin de son échéance, ce qui n'a pas permis de connaître les faiblesses et les points forts des programmes afin de rectifier le tir en cours d'exécution là où c'était nécessaire ;
- Le dernier Plan Stratégique 1998 – 2001 n'a pas abordé les aspects de Politique Nationale en matière de VIH/SIDA.
- La faible appropriation du dernier Plan stratégique par les secteurs qui devaient le mettre en œuvre.

1.2.7 De l'importance du Cadre Stratégique 2002 – 2006

L'importance du Cadre Stratégique de la lutte contre le VIH/SIDA pour le Rwanda n'est plus à démontrer. En effet, devant l'absence d'un Schéma Directeur de Politiques et de Stratégies en matière de lutte contre l'infection du VIH/SIDA, beaucoup d'initiatives ont été développées ça et là dans le pays sans une réelle coordination de la part des structures chargées de mener cette mission. Une telle situation a entraîné des limites dans le processus de la lutte tant au niveau de la coordination qu'au niveau opérationnel. On peut retenir :

- Le manque de stratégies et d'interventions consensuelles
- L'inefficacité des actions
- L'impact peu démontré des actions développées sur l'épidémie du VIH
- Le manque d'informations sur certains intervenants de la lutte
- Le manque d'informations sur les contributions de certaines ONGs
- L'absence de modèle cohérent d'élaboration des plans d'actions sectoriels
- L'absence de structure de concertation entre les intervenants, etc.

Conscient que ces insuffisances peuvent retarder l'échéance de succès dans la lutte, il a été requis par le Gouvernement l'élaboration d'un Cadre Stratégique 2002 – 2006 qui servira de Document d'Orientation Politique et stratégique pour baliser et mieux guider , désormais, les interventions de tous les secteurs (public, privé, communautaire, structures de coordination, structures d'appui financier) impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda. C'est de ce qui précède que l'importance du Cadre Stratégique trouve sa pleine justification.

II. ASPECTS METHODOLOGIQUES DU PROCESSUS D'ELABORATION DU CADRE STRATEGIQUE

Le présent Cadre Stratégique 2002 – 2006 est la résultante des efforts d'un long processus. Aussi, pour mieux l'appréhender, quelques points essentiels de ce cheminement méritent d'être développés.

2.1 De la définition des Concepts

Dans le domaine du VIH/SIDA, les concepts évoluent rapidement, aussi pour mieux harmoniser la compréhension, certains termes utilisés dans le présent Document ont été d'abord définis. Il s'agit de la politique, de la stratégie, du plan multisectoriel, du plan stratégique, du cadre stratégique, entre autres.

- ***La Politique*** **: la Politique** est un ensemble d'éléments cohérents interreliés qui indiquent les orientations, les priorités, les buts et les stratégies à atteindre dans un temps déterminé (immédiat, court, moyen et long terme) et en faveur des cibles précises.

La politique a pour mission d'éclairer l'élaboration et la mise en œuvre des directives, des standards et des actions.
Lorsque la politique concerne un secteur d'intervention donné, on l'appelle Politique sectorielle :
Exemple : politique nationale de santé, politique nationale agricole, politique nationale en matière de VIH/SIDA, etc.

- ***La Stratégie*** : est l'art et le moyen d'atteindre un objectif donné. Elle est aussi l'ensemble des activités ou des composantes d'activités à réaliser pour donner effet à un objectif

Exemple : le transfert de compétence, la sensibilisation, le renforcement des capacités organisationnelles

- ***Le Plan National Multisectoriel*** : est un programme national qui implique plusieurs secteurs d'intervention d'un pays. Dans le cas du VIH/SIDA, ces secteurs sont : le public, le privé, le communautaire et les structures de coordination.
- ***Le Plan Sectoriel*** **:** est défini comme étant un plan d'action élaboré par un secteur d'intervention donné (secteur public, privé, communautaire, etc.)

- ***Le Plan Stratégique*** **:** est défini selon plusieurs auteurs, mais les références de ce Document sont celles de l'ONUSIDA. Ainsi, le plan stratégique pour l'ONUSIDA se définit selon trois options en fonction du degré de précision et d'opérationnalisation. Ainsi, un Plan Stratégique peut se concevoir comme :

Option 1 : un Cadre Général d'exécution d'une réponse nationale. Dans ce cas, il définit les principes fondamentaux, les stratégies globales ainsi que le cadre institutionnel.

Option 2 : un Cadre Stratégique qui met en évidence des politiques et des stratégies d'intervention plus détaillées et des étapes intermédiaires pour parvenir à la situation désirée.

Option 3 : un Plan d'Action Stratégique avec un degré de précision plus élevé qui aboutit à des plans opérationnels intégrant des variantes précises de chaque stratégie afin de surmonter les obstacles éventuels.

- ***Le Cadre Stratégique*** : le Cadre est un document d'analyse de situation/réponses d'un phénomène donné (sanitaire, social, sociologique, économique, politique), d'orientations politiques et stratégiques qui éclairent les plans d'actions nationaux. Il peut s'étaler sur plusieurs années. C'est un document dynamique, par conséquent, révisable à échéance.

Beaucoup de pays ont adopté cette terminologie dans le cadre du processus de la planification stratégique de la lutte contre le VIH/SIDA. Elle est également utilisée dans d'autres secteurs, autre que le VIH/SIDA, notamment dans le secteur du développement.
Exemple : le Cadre Stratégique de la lutte contre la pauvreté

2.2. De la définition du Cadre de Référence

Il faut noter que l'élaboration du Cadre Stratégique s'est appuyée sur un cadre de référence. Ce dernier s'inscrit dans le processus global de la planification stratégique et des réponses nationales contre le VIH/SIDA telles que prescrites par l'ONUSIDA depuis 1998.

Si l'on remonte au début des réponses gouvernementales, communautaires et internationales du VIH/SIDA au Rwanda, on peut dire que l'élaboration des plans antérieurs (PMT I, PMT II) s'est inspirée largement des approches classiques en matière de planification au point que les résultats qui en sont sortis ont reflété les insuffisances de ce choix.

Le Plan Stratégique 1998 –2001 a voulu prendre le contre - pied de cette approche en adoptant, mais, timidement les approches préconisées par l'ONUSIDA, essentiellement basées sur la multildimensionnalité, la multisectorialité, la pluridisciplinarité et le caractère décentralisé que devrait requérir, désormais, la lutte contre l'infection du VIH.

L'élaboration du présent Cadre s'est appuyée, quant à elle sur les quatre fascicules de l'ONUSIDA servant de guide méthodologique intitulé « Processus de planification stratégique de la réponse nationale contre le VIH/SIDA ». Les travaux d'autres pays en la matière et la capitalisation de l'expérience de chacun des consultants ont été mis à contribution dans la formulation de ce Cadre Stratégique.

2.3. Modes et Outils de collecte de données pour la formulation du cadre stratégique.

2.3.1. Les modes de collecte de données

L'élaboration du Cadre Stratégique s'est appuyée principalement sur deux modes de collecte de données: La revue documentaire et les entretiens individuels ou collectifs.

- ***La revue documentaire*** a permis à l'Equipe de consultants d'exploiter une série de documents que la CNLS, l'ONUSIDA et le PNUD avaient déjà rendus disponibles pour la mission. D'autres documents sur l'expérience de quelques pays apportés par les consultants ont été fort utiles à la rédaction du protocole de l'étude et à l'élaboration du Document du Cadre Stratégique .

- ***Les entretiens*** fructueux qui ont été réalisés au niveau central et à l'intérieur du pays avec les membres de la Commission Nationale de Lutte contre le SIDA et ceux des Commissions provinciales ont éclairé la mission de formulation.

Au niveau Central, d'autres entretiens ont eu lieu avec le Bureau de la Première Dame, la Direction de la Santé et des Affaires Sociales de la Présidence de la République, le PNUD, l'ONUSIDA, l'OMS, le Délégué du Projet Régional VIH/SIDA et Développement du PNUD, le TRAC, et l'Unité VIH/SIDA du MINEDUC.
Nous avons également rencontré les membres de la Commission urbaine de Lutte contre le SIDA de la Ville de KIGALI.

Au niveau Provincial, les entretiens se sont poursuivis avec les membres des CPLS de Butare, Kibungo et de Gisenyi.

Les informations de toutes ces rencontres concernaient les préoccupations, les attentes et les inquiétudes des intervenants à ces différents niveaux géographiques de la lutte contre le VIH/SIDA. Cela a contribué énormément à l'écriture du présent document.

2.3.2. Les outils de collecte des données

La collecte de données pour la réalisation du Cadre Stratégique s'est appuyée sur deux principaux outils :

- une grille de lecture
- un guide d'entretien dirigé

La grille de lecture a permis à l'équipe de mieux orienter l'exploitation de la documentation disponibilisée pour le travail. Le guide d'entretien a été le support utilisé

par l'Equipe de consultants pour diriger les entretiens avec les intervenants au niveau central et périphérique.

2.4. Etapes de la formulation du Document de Cadre Stratégique.

Le processus de formulation du Document de Cadre Stratégique 2002 – 2006 de lutte contre le VIH/SIDA proprement dit a connu trois étapes :

La première étape a été la rédaction du Document du Cadre Stratégique provisoire basé sur la revue documentaire, la substance des entretiens réalisés auprès des intervenants et l'expérience en matière de VIH/SIDA de chacun des membres de l'équipe de consultants.

La deuxième étape a consisté à valider ce document provisoire à travers l'organisation d'un Atelier de Consensus où toutes les parties prenantes de la lutte au Rwanda ont été impliquées à la réflexion et aux critiques objectives en vue d'améliorer ledit document.

La troisième étape a été consacrée à l'intégration des amendements retenus de l'Atelier de Consensus par l'Equipe de consultants et la rédaction du Document définitif du Cadre Stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA 2002-2006.

2.5 Echéancier des activités d'élaboration du Cadre Stratégique

L'élaboration du présent Cadre stratégique a fait l'objet d'une planification rigoureuse de la part de l'Equipe de consultants. La durée d'exécution de cette mission et de celle de la formulation du PNM 2002 – 2006 prévue pour 60 jours a été réaménagée jusqu'à 90 jours afin de permettre à la majorité des intervenants, des partenaires, des décideurs politiques et des bénéficiaires de s'impliquer le plus possible et de s'approprier du contenu desdits documents.
Le chronogramme en annexe présente cet échéancier.

III POLITIQUES ET STRATEGIES NATIONALES DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

3.1 Orientations politiques en matière de VIH/SIDA

La santé d'une population est une condition sine qua non pour tout développement social, économique, scientifique, technologique et spirituel se trouve compromis.
Conscient de cette réalité, le Gouvernement Rwandais, dès 1979, a adhéré à la déclaration d'Alma Ata qui fait des Soins de Santé Primaires la stratégie de prévention , de protection et de promotion de la santé des populations. En outre, il a adopté à Lusaka en 1985, à l'instar d' autres nations africaines, le Cadre Africain de Développement Sanitaire qui prévoyait un système de santé basé sur le district.

En dehors du Document de Politique Nationale de Santé élaboré et adopté entre 1995 et 1996, le Rwanda n'a pas défini de politiques ni de stratégies nationales en matière de VIH/SIDA depuis le démarrage de la lutte contre le VIH/SIDA en 1987. Il apparaît urgent et indispensable que le Gouvernement Rwandais définisse ses Orientations Politiques spécifiques à la lutte contre le VIH/SIDA qu'il a engagée depuis déjà plus d'une décennie et demie.

3.1.1 Importance et Objet de la Politique Nationale en matière du VIH/SIDA

Vue comme instrument de plaidoyer, la Politique Nationale en matière de VIH/SIDA vise à interpeller tous les décideurs politiques, les acteurs nationaux et la communauté à plus d'engagement, d'implication et d'adhésion à la lutte contre la pandémie du SIDA dans le pays. Elle vise donc à sensibiliser tous ceux qui font de la promotion du développement en général et de la lutte contre le VIH/SIDA en particulier, un motif de partenariat au Rwanda pour qu'ils renforcent leurs efforts en vue de vaincre ce fléau.

L'inefficacité des programmes d'intervention en matière de VIH/SIDA depuis plus d'une décennie dans certains pays trouve son explication dans l'absence d'une orientation politique claire et cohérente dès la conception même de ces programmes.

A l'échelle d'un pays , on doit éviter de telles insuffisances, car, elles sont lourdes de conséquences non seulement pour la santé des populations, mais aussi pour le budget de l' Etat. En effet, en planification, lorsque l'on ignore où l'on veut aller, on ne saurait se donner les ressources ni les stratégies appropriées pour atteindre sa destination. Aussi, le Rwanda qui a souffert longtemps de l'absence d'une Politique Nationale spécifique au VIH/SIDA devrait – il en définir les grandes lignes. L'élaboration du présent Cadre Stratégique en offre l'opportunité.

Ne faut - il pas noter que l'Orientation Politique de la lutte contre le VIH/SIDA s'identifie à la Vision que se donne le Gouvernement pour agir contre l'infection du VIH/SIDA dans le pays. Cette Vision qui se veut holistique et systémique intègre tous les aspects liés aux

valeurs morales, sociales et spirituelles de l'homme, aux moyens matériels et financiers et aux prestations techniques.
C'est, donc, cette orientation politique qui éclairera et balisera, désormais, la conception, l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'actions.

3.1.2 Valeurs et Principes Directeurs de la politique nationale en matière de VIH/SIDA

La principale mission d'une Politique Nationale en matière de VIH/SIDA est de réduire la transmission de l'infection et son impact sur l'individu, la famille et la communauté.
Cette mission se base sur des valeurs et des principes directeurs.

3.1.2.1 Valeurs

La Vision de la lutte est influencée par des valeurs qui constitueront le fondement même de la politique nationale. Ainsi, à l'instar de la Politique Nationale de la Santé, celle de la lutte contre le VIH/SIDA se fonde sur:

- La solidarité qui interpelle le partage équilibré des risques, des responsabilités et des avantages entre les individus et les communautés.
- L'éthique qui garantit et fait la promotion du respect de la dignité humaine et du principe selon lequel toutes les populations doivent bénéficier des progrès accomplis à l'échelle planétaire.
- L'équité qui est basée sur le principe de la disponibilité et de l'accès aux soins de santé essentiels pour les populations plus déshéritées
- L'identité culturelle qui se fonde sur la reconnaissance des valeurs et traditions locales favorables à la santé.
- Le respect de la spécificité du genre qui protège et défend l'équité de traitement entre l'homme et la femme dans les prises de décision et de l'utilisation des structures de Dépistage, de conseils et de soins.

3.1.2.2 Principes Directeurs

Le Rwanda est un pays souverain qui a souscrit à l'objectif social de la Santé pour tous en adoptant la stratégie des Soins de Santé Primaires dont les principes fondamentaux sont: l'équité, la participation communautaire et la collaboration intersectorielle.
En concert avec les autres pays, nations et peuples, il a également souscrit à tous les engagements mondiaux régionaux et sous régionaux en faveur de la santé de sa population. C'est pourquoi il se fait comme principe de base de ***"Ne jamais épargner aucun effort pour préserver et promouvoir la santé de la population Rwandaise***".

Tous les principes directeurs qui sous - tendent la Politique Nationale en matière de VIH/SIDA et qui guideront l'action contre cette infection pour l'ensemble des acteurs nationaux se fondent sur des documents fondamentaux des Déclarations et des Lois universelles sur les Droits et les aspirations inaliénables de l'homme, des personnes, des groupes spécifiques, des communautés, des Etats, des Nations et des peuples.

La Déclaration sur les Droits Universels de l'Homme, la Constitution Rwandaise, les Lois sur la Politique Nationale de Santé, la Décentralisation, etc. sont autant d' instruments légaux dont s'inspirent lesdits principes.

Les Principes Directeurs de la Politique Nationale en matière de VIH/SIDA sont ainsi définis suivant les termes ci-dessous:

1. Tous les Rwandais sont égaux devant la loi, sans distinction de sexe, de race, de religion, de convictions et de statut sérologique.

2. Les services de dépistage, de conseils et de soins doivent être disponibles, accessibles géographiquement, culturellement et économiquement aux populations Rwandaises.

3. En l'absence de tout vaccin et tout médicament efficace, accessible et face à la faible pratique de l'abstinence et de la fidélité, la prévention de la transmission du VIH reste une priorité et devrait se poursuivre:

- Par une éducation basée sur la morale et les normes et valeurs sociales Rwandaise ;
- Par des campagnes de communication pour le changement de comportements ;
- Par l'encouragement à l'abstinence et à la fidélité ;
- Par la promotion de l'utilisation des préservatifs notamment chez les jeunes âgés de 15 – 25 ans et adultes de 25 – 49 ans ;
- Par le renforcement des mesures de prévention de la Transmission Mère – Enfant ;
- Par le renforcement des mesures de sécurité pour la transfusion sanguine et dans les milieux de travail afin de réduire le risque de transmission accidentelle du VIH.

4. Chaque Rwandais se devrait de considérer la prévention du VIH comme un engagement personnel et celui de la communauté au processus global de la lutte contre l'infection.

5. Chaque individu se devrait de cultiver constamment le réflexe de protection vis à vis du VIH.

6. Il ne doit pas y avoir de discrimination envers les personnes infectées car l'infection n'épargne personne et celles qui sont atteintes ont aussi droit à la vie, à la protection, à l'assistance et à l'emploi.

7. La responsabilité de la santé de chaque Rwandais relève d'abord de lui-même, de sa famille, de sa communauté et de l'Etat, par conséquent le combat contre l'infection du VIH sera individuel, communautaire et national.

3.1.3 Enoncés de Politique Nationale

La Politique Nationale de lutte contre le VIH/SIDA du Rwanda est l'expression de la volonté du Gouvernement Rwandais de définir clairement les bases et les orientations de ladite lutte suivant une philosophie, des valeurs, des principes et des approches, mais surtout des particularismes du Rwanda. Les énoncés formulés ci-bas prennent, donc, en compte plusieurs paramètres de la Société Rwandaise et de l'infection
Elle - même.
Ces énoncés sont stipulés comme suit:

Le Gouvernement du Rwanda

Considérant que:

- La pandémie du SIDA constitue, par son ampleur et sa gravité, une menace pour l'humanité tout entière et en particulier pour la Population Rwandaise,

- L'infection du VIH/SIDA continue de progresser dangereusement dans les villes comme dans la campagne et touche particulièrement la couche de la population la plus active notamment les jeunes,

- La progression du VIH/SIDA entrave le développement socio - économique du Rwanda et accroît les disparités tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays,

- La pauvreté et la discrimination sont des facteurs qui contribuent à la propagation de la pandémie du VIH/SIDA,

- Le VIH/SIDA ne cause pas seulement des souffrances physiques et morales à l'individu, mais porte de graves atteintes aux droits de la personne,

- Le VIH/SIDA cause aux individus, aux familles, aux communautés et aux pays des dommages irréversibles,

- L'émergence des solidarités nouvelles, locales, nationales et internationales, impliquant, en particulier, des personnes vivant avec le VIH/SIDA et les mouvements associatifs est de plus en plus forte.

S'engage à :

- Maintenir au rang des priorités nationales la lutte contre le VIH/SIDA ;

- Réduire les effets socio – économiques du VIH/SIDA dans le pays.

Cet engagement tiendra compte des conditions particulières de la femme, des orphelins et des autres groupes vulnérables et notamment celles liées aux effets de la guerre et du génocide d'avril 1994.

De ce qui précède, la lutte engagée contre le VIH/SIDA au Rwanda au niveau central, provincial et local se fera avec l'appui des plus hautes autorités politiques de l'Etat Rwandais et des Partenaires financiers dans une approche multisectorielle, décentralisée, pluridisciplinaire et communautaire. Pour les cinq années à venir, la lutte se concrétisera :

- **Au niveau du renforcement des mesures de prévention de la transmission par :**

  - L'appui à la mise sur pied de programmes de prévention adaptés aux réalités des groupes les plus vulnérables (femmes, jeunes,

  enfants non accompagnés, populations mobiles, détenus, prostituées, réfugiés et personnes déplacées ,militaires, policiers et « Local defense »),
  - La promotion et l'accès à divers moyens et méthodes de prévention culturellement acceptables y compris le préservatif et le traitement des Infections sexuellement transmissibles,
  - La couverture adéquate des besoins nationaux en produits sanguins dans le respect de la sécurité du donneur et du receveur,
  - La mise en œuvre des mesures universelles de prévention en milieu médical et dans les autres milieux où il y risque de contact avec le sang et d'autres liquides biologiques,
  - L'extension et la décentralisation du Programme de Prévention de la Transmission Mère-Enfant,
  - L'accès au conseil dépistage volontaire de qualité et à coût abordable dans le strict respect de la confidentialité et des droits des personnes.

- **Au niveau du renforcement de la surveillance de l'épidémie par** :

  - Le renforcement de la surveillance de l'épidémie par l'amélioration du système de collecte des informations sur les IST/VIH/SIDA notamment la notification,
  - L'organisation de la séro-surveillance sentinelle et sur les groupes spécifiques et celle de la bactériosurveillance de la tuberculose ainsi que la surveillance de la résistance des germes qui causent les IST,
  - L'organisation d'études épidémiologiques, comportementales et d'études sectorielles d'impacts socio-économiques du VIH/SIDA.

- **Au niveau du renforcement de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées par :**

  - L'accès à tous les médicaments vitaux pour la prophylaxie et le traitement des infections opportunistes associées au VIH/SIDA et leur intégration à la liste des médicaments essentiels,
  - L'accès aux médicaments antirétroviraux dans les formations sanitaires publiques et privées en tant que partie intégrante du réseau continu de soins selon des stratégies nationales bien définies,
  - L'accès au suivi médical du personnel exposé au risque de contamination accidentelle par le VIH/SIDA,
  - Une grande implication des communautés et des praticiens à la prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA,
  - La mobilisation d'une solidarité nationale pour le soutien des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA,
  - La promotion de l'approche GIPA,
  - La nécessité de développement d'une politique de diminution progressive des prix des ARV en faveur des malades du SIDA.

- **Au niveau du renforcement des mesures de réduction de la pauvreté et de l'intégration de la dimension genre dans la lutte contre le VIH/SIDA par :**

  - Le Développement des activités génératrices de revenus,
  - L' Amélioration de l'accès des PVVIH et leurs familles aux services, divers(emploi, mutuelle, scolarisation, alphabétisation, crédits, etc.,
  - L'Amélioration de l'accès des jeunes filles et des femmes aux opportunités socio – économiques,
  - La Promotion de la protection juridique de la femme en général et des petites filles contre le viol, les sévices corporels, l'exploitation et la domination.

- **Au niveau de la promotion d'un partenariat et de la coordination multisectorielle par :**

  - Une intensification du partenariat international pour la lutte contre le VIH/SIDA,
  - Une forte implication des pouvoirs publics et de la société civile (leaders d'opinion, organisation non gouvernementales, organisations à base communautaire) pour la lutte contre le VIH/SIDA,
  - La promotion de la coopération régionale et internationale pour les recherches relatives au VIH/SIDA en s'appuyant sur les partenaires nationaux et internationaux et le secteur privé,
  - La promotion du partenariat régional et international pour le financement de lutte contre le SIDA,

- La décentralisation et la coordination des structures et des interventions à tous les niveaux du pays,
- La documentation et la dissémination des meilleures pratiques sur le VIH/SIDA à travers tout le pays.

La lutte contre le VIH/SIDA est un vaste chantier national qui mobilise à la fois les ressources humaines qualifiées, les ressources physiques et matérielles. Il s'avère donc indispensable que soient définies de façon claire les prérogatives des intervenants afin d'éviter toute équivoque dans les rôles et attributions des uns et autres ou les conflits de compétences pendant la mise en œuvre du PNM 2002 – 2006. Aussi, le tableau 3.1.4 ci – dessous, présente la matrice des responsabilités des intervenants de tous les secteurs impliqués dans la lutte contre la pandémie au Rwanda.

3.1.4 **Responsabilités des Acteurs de la mise en œuvre de la Politique en matière de VIH/SIDA**

Tableau 3.1.4 : Matrice des Responsabilités dans la lutte contre le VIH/SIDA selon les secteurs et les intervenants

Secteurs et structures concernées	Groupes d'intervenants	Structures de concertation	Rôles et Attributions
I. Public **1.1 Hautes Instances politiques**	Décideurs politiques du pays	- Conseil de Ministres - Parlement	▪ Ratifier les actes nationaux et internationaux en lien avec le VIH/SIDA ▪ Examiner la situation épidémiologique du VIH/SIDA dans le pays ▪ Examiner les documents liés au VIH/SIDA à adopter ▪ Adopter et approuver les documents et budgets ▪ Légiférer en matière de VIH/SIDA ▪ Ordonner le décaissement du budget national en faveur de la lutte
1.2 Ministères et Institutions de l'Etat	Responsables et intervenants	- Comité interministériels (CIM/SIDA) - Comité sectoriel du Ministère	▪ Participer au processus de lutte contre le SIDA ▪ Elaborer des plans sectoriels des ministères et institutions ▪ Veiller à l'exécution, au suivi et à l'évaluation de ces plans ▪ Rendre compte suivant son implantation géographique : - Au niveau centralisé à la CNLS - Au niveau décentralisé, à la CPLS et à la CDLS pour les institutions de l'Etat qui sont décentralisées jusque dans les districts.

II. <u>Privé</u>	Responsables et intervenants	- Comités inter entreprises (CIE/SIDA) - Comité d'association d'entreprises - Cellule SIDA d' entreprise	▪ Elaborer des plans sectoriels ▪ Veiller à l'exécution, au suivi et à l'évaluation de ses plans ▪ Rendre compte suivant son implantation géographique : - Au niveau centralisé : à la CNLS - Au niveau décentralisé : à la CPLS et à la CDLS
III. <u>Communautaire</u>	Responsables et intervenants	- Comité inter organisations communautaires - Comité SIDA du sous - secteur Associations/ONG - Comité SIDA du sous – secteur religieux - Comité SIDA du sous secteur des organisations de masses politiques - Comité SIDA de la société civile	▪ Participer au processus de lutte contre le SIDA ▪ Elaborer des plans sectoriels ▪ Veiller à l'exécution , au suivi et à l'évaluation de ses plans ▪ Rendre compte suivant son implantation géographique : - Au niveau centralisé : à la CNLS - Au niveau décentralisé : à la CDLS
IV. <u>Structures de coordination de la lutte</u>	- Secrétaire exécutif - Membres de la CNLS, des CPLS et des CDLS - Intervenants du TRAC, GLIA	- CNLS - CPLS - CDLS - TRAC - GLIA	▪ Prendre des orientations politiques pour la lutte contre les IST/VIH/SIDA. ▪ Assurer un plaidoyer à la mobilisation des fonds auprès des partenaires ▪ Faire élaborer le Cadre Stratégique et les Plans d'actions de lutte contre les IST/VIH/SIDA. ▪ Faire exécuter les plans d'actions ▪ Rendre compte aux donateurs ▪ Négocier les phases subséquentes pour consolider les acquis du programme ▪ Participer au processus de la lutte contre le VIH ▪ Coordonner les activités de recherche et celles liées aux aspects médicaux (TRAC) ▪ Coordonner les activités des stratégies transrégionales (GLIA)
V. <u>Structures internationales d'appui financier</u>	Responsables et intervenants	- Groupe thématique élargi - Table ronde des bailleurs de fonds	▪ Apporter un appui financier du programme à travers les donations multilatérales et bilatérales ▪ Apporter un appui technique à travers : - Les conseils du groupe thématique élargi - Les interventions des experts internationaux (études, formations) - Le suivi constat des actions développées - L'appréciation des évaluations

3.2 Orientations stratégiques en matière de VIH/SIDA

Les orientations stratégiques en matière de VIH/SIDA définissent les Axes stratégiques et les domaines d'actions prioritaires de la lutte contre le VIH/SIDA ainsi que l'objet et la justification de ces derniers.

3.2.1 Approches Stratégiques de la lutte contre le VIH/SIDA

Les caractères multidimensionnel, multisectoriel, pluridisciplinaire et communautaire de la lutte contre le VIH/SIDA ont conféré une approche multidimensionnelle, multisectorielle, pluridisciplinaire et communautaire du processus d'élaboration du Cadre stratégique 2002 – 2006.

3.2.1.1 De l'approche multidimensionnelle de la lutte

L'épidémie du VIH/SIDA est un phénomène de santé publique d'une part et d'autre part un problème social et de développement. C'est pourquoi, son combat devrait être appréhendé, désormais, à travers les dimensions psychosociale, morale, medico-sanitaire, juridico-éthique et économique.

En effet, l'infection du VIH/SIDA affecte l'individu dans ses fondements psychologiques et ses valeurs sociales en altérant sa santé physique . Cela va requérir une prise en charge globale (psychologique, médico - sociale et économique). Une telle réalité dans l'existence de la personne infectée et affectée doit être prise en considération dans le processus de la lutte en général et dans celui de la planification stratégique en particulier.

3.2.1.2 De l'approche multisectorielle et pluridisciplinaire de la lutte

Il faut noter que dès l'apparition des premiers cas de SIDA dans le Continent Africain, la lutte s'est aussitôt organisée sous l'égide des ministères de la santé. On a observé que les structures centrales ou nationales de coordination des activités de la dite lutte à cette époque étaient animées principalement par le personnel médical et paramédical.

Cette approche médicalisée de la lutte a connu ses limites une décennie et demie après. Le Rwanda n'échappe pas à un tel constat. C'est pourquoi, le processus de la réorganisation de la lutte contre le VIH/SIDA entamé depuis 1998 devrait être sous-tendu par une implication réelle des décideurs politiques, des acteurs nationaux, de plusieurs secteurs d'intervention et disciplines mais, aussi, de celle des partenaires au développement et des populations bénéficiaires.

3.2.1.3 De l'approche décentralisée de la lutte

Dans le cadre de la promotion du bien être de la population Rwandaise, la décentralisation apparaît comme un des principes incontournable pour optimaliser les chances de succès de tout programme de développement en général et celui de la lutte contre le VIH/SIDA en particulier.
Cette approche permet en effet, une meilleure connaissance des besoins et des réponses au niveau le plus proche de la population, ce qui contribue à une adaptation des actions plus appropriées à développer.

Il faut noter que la décentralisation du système de santé a précédé celle de l'administration locale grâce à l'initiative de Bamako. Dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda, la décentralisation a commencé avec l'implantation des commissions provinciales de lutte contre le VIH/SIDA et s'est renforcée dans la période du Plan stratégique 1998-2001. La décentralisation du système de santé est l'un des canaux de prévention et de prise en charge de cas de VIH/SIDA.
Cette approche inscrite dans les principes de développement du Gouvernement et de ceux de la politique nationale de la santé demeure incontournable dans la politique nationale en matière de VIH/SIDA et de sa mise en œuvre.

3.2.1.4 De l'approche communautaire de la lutte

La communauté peut être définie comme étant un ensemble de populations vivant dans un même espace géographique, ayant une conscience collective, partageant les mêmes valeurs socio – culturelles et les mêmes intérêts. Un réseau ou système linguistique permet aux membres de la communauté de communiquer entre eux ; c'est ainsi qu'on parle de Communauté bretonne, berbère, mais aussi, de communauté confessionnelle, de chasseurs, de pêcheurs, de scientifiques, etc.

Le concept de l'approche communautaire dans le cadre du VIH/SIDA est la manière ou la démarche dont une équipe de professionnels fait impliquer un groupe de populations donné aux activités de lutte contre l'épidémie du VIH (depuis la conception, l'élaboration de programmes jusqu'à leur évaluation).
Cette approche appréhende à la fois la communauté comme un partenaire et un bénéficiaire des acquis de la lutte, mais, surtout, un acteur de sa propre santé.

L'approche communautaire permet d'atteindre les cibles communautaires par le biais des canaux sociaux et confessionnels tels que : les paroisses, les lieux de culte et ou de rassemblement (marchés, mariages, funérailles, réunions publiques) ainsi que les organes administratifs de base.
L'approche communautaire créera une synergie avec les autres approches définies ci – haut afin d'optimiser l'efficacité de la lutte contre le VIH/SIDA.

3.2.2 Caractéristiques des Actions de lutte contre le VIH/SIDA

Il convient de souligner que les interventions ciblées de la lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA ont des caractéristiques qui leur sont propres. Ainsi, on peut distinguer essentiellement quatre : la pertinence, la continuité, l'intégration et la globalité.

- ***De la pertinence des activités*** : La pertinence d'une action est en rapport avec sa capacité de résoudre un problème. Aussi, les activités de la lutte contre le VIH/SIDA constituent – elles des réponses appropriées aux préoccupations, attentes et aux besoins réels des populations Rwandaises.

- ***De la continuité des activités*** : Les activités de lutte contre le VIH/SIDA s'inscrivent dans un continuum d'actions qui commence par la conception, l'élaboration des plans d'action, l'exécution, la gestion, le suivi et l'évaluation. Dans ce processus l'exécution, la gestion, le suivi apparaissent comme des activités continues sans lesquelles les objectifs de la lutte pourraient être compromis.

- ***De l'intégration des activités*** : Dans le cadre de la lutte, quatre axes stratégiques et des domaines d'interventions ont été définis, en dépit de cette catégorisation des activités, celles-ci doivent être mises en œuvre de manière dépendante, inter reliées et intégrées les unes aux autres.

- ***De la globalité des activités*** : L'infection du VIH/SIDA touchant tous les aspects de l'homme (psychologique, sanitaire, sociale, juridique, éthique, professionnel, religieux, économique, etc.), les activités seront développées dans une approche multidimensionnelle c'est à dire holistique et systémique en permanence afin d'offrir des prestations de services continues aux usagers.

3.2.3 Les Axes Stratégiques de la lutte contre le VIH/SIDA

Après une vision claire des Valeurs, des Principes et des Enoncés de la Politique Nationale en matière de VIH/SIDA, il est urgent d'indiquer quelles Stratégies emprunter pour les actions de lutte contre le VIH/SIDA. C'est pourquoi, au regard de l'ampleur et de la gravité de l'infection, des particularismes du pays, des faibles capacités des réponses nationales et des attentes des partenaires, le Gouvernement Rwandais retient cinq Axes Stratégiques sur lesquels devront s'appuyer, désormais, toutes les interventions en matière de VIH/SIDA dans le pays. Il s'agit des Axes Stratégiques suivants :

- **L'Axe Stratégique I** : *Renforcement des mesures de Prévention de la Transmission*

- **L'Axe Stratégique II** : *Renforcement de la Surveillance de l'Epidémie*

- **L'Axe Stratégique III** : *Amélioration de la Qualité de la Prise en Charge Globale des Personnes infectées et affectées*

- **L'Axe Stratégique IV** : *Renforcement des Mesures de Réduction de la Pauvreté et intégration de la dimension Genre dans la lutte contre le VIH/SIDA*

- **L'Axe Stratégique V :** *Renforcement de la Réponse, Promotion du Partenariat et de la Coordination Multisectorielle*

Il convient de noter que la détermination des Axes Stratégiques du Cadre 2002 – 2006, a pris en compte les réflexions menées antérieurement dans le pays notamment lors du Processus CCA – UNDAF, lors de la préparation du Projet MAP et des recommandations de l'Evaluation du Plan stratégique 1998 – 2001 menée en novembre – décembre 2001.

La planification des activités de lutte contre le VIH/SIDA de l'UNDAF s'est limitée aux domaines d'intervention privilégiés par les agences du Système des Nations Unies prêtes à apporter leurs acquis au pays. Le cadre stratégique quant à lui a l'ambition de couvrir les composantes jugées pertinentes pour une réponse nationale élargie à quatre secteurs d'interventions susceptibles de jouer un rôle dans la lutte.
Les contenus du Cadre stratégique et du document de l'UNDAF ont quelques points de différence et beaucoup de similitudes. En effet, on peut constater par exemple que les buts 1, 2 et 3 de l'UNDAF correspondent aux axes V, I et III du Cadre stratégique,
celui - ci ayant, en outre, deux autres axes stratégiques.
Il faut ajouter que l'élaboration du plan d'opérationnalisation c'est – à dire le PNM 2002 – 2006 prendra en compte les priorités retenues par les deux documents.

3.2.4 Objet et justification des Axes Stratégiques et des Domaines d'Actions Prioritaires

Dans le but d'harmoniser la compréhension sur les axes stratégiques et les domaines d'actions prioritaires, il s'avère utile de définir leurs objectifs et d'en cerner leur portée dans le contexte de la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA.
L'essentiel de cette tâche est résumé dans un tableau synoptique dans l'annexe IV. Il a été jugé utile de la développer dans les pages ci – bas.

3.2.4.1 L'Axe Stratégique I : Renforcement des mesures de la Prévention de la transmission du VIH/SIDA

L'objectif général de cet axe est de stabiliser à 13% la prévalence du VIH/SIDA dans l'ensemble de la population du pays de 2002 à 2006.
Il faut noter que l'accroissement du nombre de personnes infectées par le VIH/SIDA tel que l'indique l'analyse de la situation appelle un nouveau défi dont la Prévention sera le dispositif central.

Malgré les efforts consentis à travers de nombreuses actions de sensibilisation (IEC, CCC), le VIH continue à faire de nombreuses victimes et les diverses actions menées aussi bien au niveau national qu'au niveau régional n'ont pas eu un impact significatif sur le ralentissement de la propagation de l'infection à VIH dans le pays.
C'est pourquoi il paraît opportun de renforcer la lutte par des mesures de prévention plus dynamiques pour les cinq dernières années en élargissant l'expérience de la communication pour le changement de comportements qui a fait ses preuves dans d'autres pays notamment de l'Afrique Subsaharienne.

Les objectifs intermédiaires des domaines d'actions prioritaires sont au nombre de deux. Il s'agit de :
- Changer les comportements à risque chez les groupes cibles prioritaires (femmes, jeunes, prostituées, enfants non accompagnés, militaires, prisonniers)
- Renforcer les stratégies préventives de lutte contre le VIH/SIDA, les IST et la tuberculose

L'Axe Stratégique I comprend huit Domaines d'Actions Prioritaires qui sont les suivants :

- Renforcement des comportements à faible risque par l'IEC et le CCC
- Renforcement du dépistage et du traitement précoce des IST et de la tuberculose
- Promotion du conseil – dépistage volontaire, confidentiel et anonyme
- Prévention des risques d'infection accidentelle

- Promotion de l'utilisation des préservatifs
- Promotion de la sécurité transfusionnelle
- Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)
- Développement des interventions transrégionales de prévention du VIH/SIDA en faveur des routiers, des réfugiés et des personnes déplacées.

La justification de chacun de huit Domaines d'Actions Prioritaires est décrite ci – dessous.

Domaine 1.1 : *Renforcement de comportements à faible risque par l'IEC et le CCC*

Depuis le début de l'épidémie dans les années 80, aucun vaccin n'a encore été mis au point.

Quant au traitement par ARV, il est inaccessible à la plupart des PVVIH. Dans ces conditions, la voie préventive est celle qui doit prévaloir en affirmant les messages d'IEC/CCC et en vulgarisant l'approche syndromique de la prise en charge des IST dans l'ensemble des 11 provinces du pays et dans la ville de Kigali.

Domaine 1.2 : *Renforcement du dépistage et du traitement précoce des IST et de la tuberculose*

Il a été prouvé que l'existence d'une maladie sexuellement transmissible chez un sujet favorise l'entrée du VIH ou du moins cela accroît les risques au VIH. L'association de la tuberculose et du VIH est connue et assez documenté de nos jours.

La lutte contre les IST et la tuberculose est menée par le MINISANTE et plusieurs partenaires.

La mise en œuvre de ce domaine devrait passer par l'approche syndromique. A cet effet, une longue diffusion des algorithmes de soins des IST au niveau des structures sanitaires et la formation du personnel médical et paramédical demeurent indispensables. Il en sera de même pour la tuberculose.

Domaine 1.3 : *Promotion du conseil/dépistage volontaire confidentiel et anonyme*

Le conseil/dépistage engagé dans les différents districts a connu une évolution significative à partir de l'année 2000 avec la participation de l'ONG IMPACT – RWANDA qui a mis en place seize centres de VTC dans les structures de santé.

Les informations disponibles font état de ce que tous les districts seront pourvus d'un centre de VTC à court terme. Les efforts déployés se traduisent aujourd'hui par une demande exprimée très forte en dépistage mais non satisfaite.

Le caractère volontaire, confidentiel et anonyme doit être maintenu afin de préserver les Droits des personnes dépistées et éviter qu'elles soient stigmatisées, ce qui découragerait d'autres candidats au test.

Domaine 1.4 : *Prévention des risques d'infection accidentelle* :

La transmission accidentelle de l'infection du VIH est infime par rapport à la transmission sexuelle. Toutefois, elle s'avère une réalité et une préoccupation de certains milieux professionnels qui utilisent des instruments blessants notamment des aiguilles et autres objets avec des usagers souvent contaminés par le VIH.
C'est pourquoi dans le cadre de la lutte contre l'épidémie du VIH, une attention soutenue sur le risque d'exposition accidentelle dans ces milieux devrait être de mise.
Ces risques professionnels de transmission du VIH devraient être minimisés par la mise en œuvre de mesures appropriées.

Domaine 1.5 : *La promotion de l'utilisation des préservatifs*

Malgré les campagnes qui prônent la fidélité et l'abstinence, le port du préservatif est aujourd'hui la moyen le plus garanti pour éviter les IST/VIH et partant pour réduire l'expansion de l'épidémie.

La demande de préservatifs est en hausse au Rwanda si on s'en tient aux chiffres de vente du condom « Prudence plus » commercialisé par PSI de 1999 à 2001 tels que décrits ci – après :
1999 : 2.920.558 pièces
2000 : 3.312.994 pièces
2001 : 5.073.301 pièces
Des campagnes menées par PSI, principal acteur des rapports sûrs au sein de la population générale et particulièrement au sein de groupes vulnérables (jeunes de 15 - 24 ans, femmes, camionneurs, militaires), n'ont pas réussi à freiner la progression de l'épidémie au niveau national.

Il convient donc de poursuivre et de renforcer la promotion des préservatifs afin de lever la stigmatisation autour du condom et d'assurer la disponibilité du préservatif dans toute l'étendue du territoire à un coût accessible à la communauté.
L'utilisation des réseaux de communication (radio nationale, les lieux de culte…) et de distribution s'avèrent indispensables pour briser les résistances culturelles surtout en province où la tendance à la transmission du VIH est à la hausse.

Domaine 1.6 : *Promotion de la Sécurité Transfusionnelle*

L'infection à VIH se transmet directement par le sang contaminé et aussi par l'utilisation d'objets souillés par ce type de sang.
C'est pourquoi la sécurité sanguine est une priorité.

Au Rwanda, les résultants de l'Evaluation du PSN indique que non seulement la quantité de sang collectée par le Centre de transfusion sanguine/MINISANTE augmente en passant de 18000 unités en 1998 à 27000 en 2001, mais le taux d'élimination du sang pour cause de VIH a baissé légèrement en passant de 1,5% en 1999 à 1,64% en 2000 et 1,36% en 2001.

Actuellement on peut considérer que la Sécurité transfusionnelle est effective au Rwanda et qu'il convient de la maintenir et de chercher à l'améliorer davantage en se conformant aux nouvelles techniques en la matière grâce à la formation continue du personnel. Par ailleurs, des mesures appropriées doivent être prises pour minimiser les risques de contamination surtout dans le milieu de professionnels de la santé.

Domaine 1.7 : *Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant*

Un des modes de transmission du VIH/SIDA est celui de la mère à l'enfant.
Le risque de transmission de la mère à l'enfant est élevé, il est estimé à 30%. Par rapport aux naissances VIH+, les projections se situeraient à 4.58% en 1996. En quatre ans (de 1997 à 2002), elles auraient varié respectivement de 5.18%, 6.36%, 7.05%, 8.64% et 8.61%. Au Rwanda chaque année, on estime que 40.000 à 50.000 enfants naissent des mères séropositives et 10.000 à 15.000 de ces enfants deviendront eux – mêmes infectés en l'absence de moyens de prévention, raison pour laquelle, après la publication des résultats de la phase pilote de l'intervention PTME au centre de santé de Kicukiro en novembre 2000, le Ministère de la Santé a adopté la politique d'extension du Programme de PMTE au niveau des différentes Formations Sanitaires. Cependant, bien que le MINISANTE et d'autres partenaires se soient impliqués dans la PTME depuis 1999 avec aujourd'hui 16 Centres fonctionnels, il reste un énorme travail de sensibilisation et de mobilisation de fonds. En effet, il s'avère indispensable d'informer et de sensibiliser la population sur l'existence de ces Centres.

L'implication du Bureau de la Première Dame par le plaidoyer et l'extension du réseau de Centres PTME témoigne de l'importance de ce volet pour ces cinq dernières années.

Ce domaine devrait être mis en œuvre à travers les interventions auprès des femmes enceintes, des mères – séropositives et des filles en âge de procréer.
Les interventions de ce domaine à mettre en œuvre dans le cadre du PNM 2002 – 2006 seront ciblées en direction du plaidoyer, des dépistages prénuptial et prénatal ainsi que du développement de la planification familiale chez les femmes séropositives.

Domaine 1.8 : *Développement des interventions transrégionales de prévention du VIH/SIDA spécifiques en faveur des routiers, des réfugiés et des personnes déplacées*

Le Rwanda a connu entre 1959 et 1994 des tragédies sociales qui ont occasionné des déplacements de ses populations et des réfugiés.

Bon nombre de Rwandais vivent encore à l'étranger tandis que des réfugiés burundais et congolais sont encore au Rwanda.

Lorsqu'on fait une rétrospective historique, on peut attester qu'il n'existe guère de programmes transrégionaux pour prévenir ou lutter contre les IST et le VIH/SIDA en faveur des déplacés. Avec l'importance de flux d'échanges permanents entre les pays voisins, le Burundi, l'Uganda, la Tanzanie, le Kenya et le Congo, il s'avère urgent de

renforcer la prévention des transmissions transrégionales notamment par la traduction en actes de la volonté politique exprimée dans le protocole de coopération de la GLIA.

3.2.4.2 L'Axe Stratégique II : Renforcement de la Surveillance de l'Epidémie

Cet Axe vise l'Objectif Général de Contrôler l'évolution du VIH/SIDA et des Maladies associées telles que les IST et la Tuberculose durant la période d'exécution du plan.
Il met en évidence l'importance d'avoir une banque de données stratégique aussi bien au niveau épidémiologique (morbidité, mortalité, prévalence, incidence,…) qu'au niveau socio-économique et comportemental (identification des groupes à risque, étude ethnographique et impact économique de même qu'au niveau médical (suivi des essais clinique).

La connaissance de ces données est nécessaire pour une prise de décision judicieuse en matière de prévention et de prise en charge. C'est sans doute ce qui a conduit le Gouvernement rwandais à créer en mars 2001 le TRAC dont la mission s'inscrit parfaitement dans cet axe stratégique et ceci grâce aux programmes de contrôle des IST et la surveillance épidémiologique

Les objectifs intermédiaires de cet axe visent à améliorer le Système de collecte de données sur les IST, la tuberculose et le VIH dans l'ensemble des Formations Sanitaires du pays et à assurer une Notification des cas d'IST, de tuberculose et de VIH dans la majorité de ces Structures.

Par ailleurs, il vise à réaliser des études épidémiologiques et socio – comportementales sur ces infections afin de disposer de données actualisées et valides sur le VIH, sur les infections associées et les déterminants de l'épidémie.

L'axe stratégique II comporte quatre Domaines d'Actions Prioritaires qui sont les suivants :

- Notification de cas d'IST, de SIDA et de Tuberculose
- Organisation de la Sérosurveillance du VIH et des IST, de la bactériosurveillance de la tuberculose et de la Surveillance de la Résistance desdits germes
- Réalisation d'Etudes Epidémiologiques
- Réalisation des Etudes Socio – comportementales (CAP) et d'Impact économique du VIH/SIDA dans la population.
-

Les Domaines d'Action Prioritaires de cet Axe sont justifiés comme suit :

Domaine 2.1 : *Notification des cas d'IST, de SIDA et de la tuberculose*

La notification des cas des IST et de SIDA a besoin d'être renforcée car l'enquête OMS/AFRO 2000 a montré les limites de la collecte des données issues de la surveillance

épidémiologique par sites sentinelles. La formation à l'utilisation des supports devrait permettre d'améliorer le système de collecte des données sur l'ensemble du territoire.

Domaine 2.2 : Organisation de la Sérosurveillance du VIH et des IST, de la bactériosurveillance de la tuberculose et de la Surveillance de la Résistance des germes.

De nos jours, la tuberculose est souvent une maladie associée à l'infection du VIH. C'est pourquoi, la bactério – surveillance de la tuberculose est recommandée dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Par ailleurs, les données sur l'incidence des cas d'association VIH/tuberculose ne sont pas encore disponibles. Cette insuffisance ne permet guère aux intervenants d'avoir une meilleure appréhension de la relation du VIH et de la tuberculose d'une part et d'autre part de la fréquence de ce type de cas.

Concernant l'infection du VIH/SIDA, la surveillance actuelle basée sur les postes sentinelles devrait se poursuivre. Au plan national, des études sur des groupes spécifiques (prostituées, routiers, militaires, enfants de la rue, etc.) doivent être réalisées ou se poursuivre afin de disposer des données sur l'épidémie du VIH/SIDA et les maladies associées.

Dans le domaine bactériologique et virologique, il est connu que certains germes résistent souvent au traitement. Malgré les progrès notables des thérapies modernes, l'infection du VIH et surtout des IST ne font guère exception à ce constat, c'est pour cela que les services biomédicaux du sous – secteur de la santé devrait développer des activités de surveillance de la résistance de ces germes.

Pour une meilleure efficacité de la surveillance épidémiologique du VIH/SIDA et des IST, les données déjà intégrées dans le système national d'information(SNIS) devraient se renforcer dans les cinq années à venir, par conséquent, il devient impératif d'appuyer les services chargés de l'information sanitaire dans les définitions des politiques, stratégies, normes et protocoles de surveillance.

En outre, une rétro-information systématique à travers un bulletin épidémiologique annuel apparaît indispensable à cette tâche d'informations sur l'évolution de l'épidémie dans le pays. Cela devrait être une préoccupation des gestionnaires de la CNLS notamment durant les cinq années consacrées à la mise en œuvre du PNM.

Domaine 2.3 : *Réalisation des études épidémiologiques.*

La surveillance épidémiologique du VIH/SIDA concerne la distribution de l'infection selon les groupes de la population et les zones géographiques du pays.
Cette activité indispensable à la lutte contre le VIH/SIDA devrait être alimentée par les données issues des études épidémiologiques.

Par ailleurs, l'organisation de ces études en lien avec la surveillance de l'épidémie permet d'accroître l'efficacité de la prise de décision dans la formulation des plans d'actions, leur mise en œuvre ou leur réorientation.

Domaine 2.4 : *Etudes socio – comportementales et d'impact*

Dans le domaine du VIH/SIDA, beaucoup d'études ont été initiées mais concernent beaucoup plus les aspects épidémiologiques que socio – comportementaux et d'impact. Or, il est bien connu l'importance des déterminants comportementaux dans la propagation du VIH/SIDA. Aussi, il s'avère nécessaire pour rendre efficace la lutte dans les prochaines années à venir, de développer ce type d'études notamment avec les groupes cibles à risque.

La réalisation de toutes ces études doit être fondée sur les règles d 'Ethique.

3.2.4.3. Axe Stratégique III : Amélioration de la Qualité de la Prise en Charge Globale des Personnes infectées et/ou affectées.

L'objectif général de cet axe consiste à améliorer le bien être des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.
Il s'agit de réduire l'impact de l'infection à VIH/SIDA, des IST et de la tuberculose sur les PVVIH, leurs conjoints, les orphelins du SIDA et les veufs (veuves) du SIDA.

Cette approche de lutte contre l'infection à VIH porte sur des interventions conduisant à fournir aux PVVIH et aux personnes affectées, une assistance matérielle, technique, médicale et juridique.
D'un point de vue matériel et technique, l'octroi de fonds aux PVVIH et aux personnes affectées leur permet d'exercer des activités génératrices de revenus qui leur donnent la possibilité de s'insérer dans le tissu économique national.
La prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH nécessite la disponibilité et la baisse des coûts des médicaments (médicaments essentiels, ARV) d'une part et d'autre part l'existence d'un service ce counselling efficace.

En somme, c'est un Axe Stratégique qui requiert pour les PVVIH un diagnostic précoce, un traitement adapté avec des soins infirmiers incluant l'hygiène, la nutrition, les soins palliatifs et ceci à travers une approche décentralisée des activités du système sanitaire.
L'Evaluation du Plan Stratégique national 1998 – 2001 ne recommande – t –elle pas expressément de mettre l'accent sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH du fait que cet aspect est resté en marge de la lutte ? Aussi, il paraît indispensable de prendre en considération cet Axe d'intervention dans le nouveau Cadre Stratégique.

Par ailleurs, cette approche implique de plaider pour la protection des Droits et la Sécurité des PVVIH. Dans ce sens, les PVVIH doivent être protégées contre les politiques discriminatoires (stigmatisation, licenciement abusifs dans certaines institutions, exigence de certificat du statut sérologique dans l'offre d'emploi,…).
La dimension éthique de la lutte redynamisée qui met l'accent sur le caractère volontaire et confidentiel du dépistage est également prise en compte par cet axe stratégique

Les objectifs intermédiaires de cet Axe sont de quatre ordres : Il s'agit de :

- Assurer l'accès aux conseils et aux soins hospitaliers et ambulatoires aux personnes dépistées, aux enfants non accompagnés, aux veuves et aux familles.
- Assurer l'accès aux soins et conseils communautaires aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.
- Promouvoir l'implication multisectorielle et pluridisciplinaire des PVVIH notamment par le concept GIPA.
- Assurer l'accès au soutien socio-économique des personnes dépistées et aux enfants non accompagnés, aux veuves et aux familles.

L'Axe stratégique III comporte huit Domaines d'Actions Prioritaires qui sont les suivants :

- Formation à la Prise en charge et Dissémination des Guides Nationaux de Prise en charge
- Développement d'un Réseau d'Approvisionnement en équipements médico – sanitaires, des MEG et des ARV au niveau national et provincial
- Développement du Conseil – Dépistage au niveau des structures de santé
- Développement des Stratégies de Prophylaxie et de Traitement des IO et par les ARV
- Développement de centres de Traitement Ambulatoires (CTA)
- Développement des Services Sanitaires de base au niveau Communautaire
- Organisation du Soutien Psycho – économique et juridique des cibles concernées
- Renforcement des Stratégies novatrices d'Implication des PVVIH dans la lutte contre le VIH/SIDA.

La justification des huit Domaines d'Actions Prioritaires retenus est précisée ci-bas:

Domaine 3.1 : *Formation à la prise en charge et dissémination des guides nationaux de prise en charge.*

L'utilisation des modules de vulgarisation actualisée de la prise en charge médicale et psychosociale est nécessaire pour les agents de santé aussi bien en milieu urbain que dans les provinces où les opportunités de formation sont plus rares.

En tout état de cause, il est indispensable de programmer des formations de recyclage afin de permettre aux agents de santé de suivre l'évolution rapide des connaissances sur le VIH/SIDA.

Domaine 3.2 : *Développement d'un Réseau d'approvisionnement de MEG et d'ARV pour les structures impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA.*

La prise en charge des PVVIH demeure incomplète si les médicaments essentiels pour traiter les maladies opportunistes ne sont pas accessibles géographiquement et financièrement aux malades.

Aujourd'hui grâce à la CAMERWA, l'approvisionnement en médicaments essentiels a connu une certaine amélioration qui mérite d'être poursuivie et avec l'accès aux médicaments génériques.

S'agissant des ARV, il convient de souligner que le suivi clinique est assuré par les grands hôpitaux (CHK, Hôpital universitaire de Butare, Hôpital Roi Fayçal, Hôpital militaire de Kanombe).

Mais le prix de la dose mensuelle des ARV bien qu'ayant baissé en passant de 190.000 FRW en 1999 à 46.000 FRW en 2002, est inaccessible à la majorité des PVVIH. Dans ces conditions, les interventions de certaines structures d'appui à la prise en charge des maladies opportunistes à l'image d'IMPACT - RWANDA au Centre médico-social de Biryogo, doivent être entretenues et amplifiées.

Pour maintenir la continuité des soins dans le Système de Santé au niveau périphérique et au niveau communautaire, un plaidoyer devrait être engagé pour renforcer la politique d'approvisionnement de la CAMERWA en médicaments essentiels afin de les rendre plus disponibles et plus accessibles à la plupart des PVVIH.

Domaine 3.3 : *Développement du conseil/dépistage au niveau des structures de santé*

La multiplication des centres de conseil et de dépistage du VIH/SIDA au Rwanda depuis 1998 dénote que ces centres sont au cœur de l'activité de prévention. En effet, après la mise en place du CRIS en 1997, centre qui accueille plus de 40 candidats au test de dépistage volontaire par jour, 21 autres centres ont démarré, entre temps, dans les Régions sanitaires. C'est ainsi qu'en 2001, toutes les Régions Sanitaires avaient au moins un Service de VCT.

Selon les données du Laboratoire National de Référence pour les infections à rétrovirus, la demande en Services de dépistage est passée de 8000 en 1997 à plus de 50.000 à la fin de l'année 2000. Dans le seul Centre de référence pour VCT(CRIS), le nombre de personnes qui fréquentent le Service s'est multiplié par 4 de 1997 à 2001.

Mais ces centres sont encore plus des structures urbaines que rurales. Il y a donc lieu d'engager au cours de ces cinq prochaines années des actions vigoureuses pour régler les questions d'accessibilité géographique et financière pour la population et la question de formation pour les agents de santé chargés de ces centres.

Domaine 3.4 : *Développement de Stratégies de Prophylaxie et de Traitement des Infections Opportunistes(IO) et par les ARV.*

Les protocoles de chimioprophylaxie et de traitement des IO sont à ce jour bien connus du milieu médical. Mais la vulgarisation de ces protocoles qui ont été validés par des études cliniques n'est pas encore effective. De ce fait, il importe que ces protocoles fassent l'objet d'une explication aux prescripteurs afin d'une diffusion à toutes les structures sanitaires.

Quant aux ARV, les expériences de leur prescription dans les hôpitaux de Kigali et de Butare devraient être étendues sur les autres structures sanitaires remplissant les conditions.

Domaine 3.5 : *Développement des Centres de Traitement Ambulatoires (CTA)*

L'engorgement de certains services hospitaliers où les malades du SIDA peuvent atteindre 60% des lits alors qu'on assiste à une recrudescence d'autres pathologies telles que le paludisme et la méningite recommande le développement de services de traitements ambulatoires pour l'infection à VIH/SIDA.

L'exemple de l'Unité de Soins Ambulatoires et de Conseil (USAC) en Côte d'Ivoire qui fait un suivi régulier des PVVIH en termes de prophylaxie, de traitement des infections opportunistes et de conseil mérite d'être expérimenté au Rwanda.

Domaine 3.6 : *Développement des services sanitaires de base au niveau communautaire*

L'engagement de la communauté à travers la création de structures de prise en charge des maladies courantes peut être salutaire pour un grand nombre de PVVIH qui souffrent d' infections opportunistes. Ces services de santé à base communautaire sont à promouvoir ; car ils peuvent participer véritablement à la décentralisation des activités de lutte contre le SIDA.

Domaine 3.7 : *Organisation du soutien psycho-social, économique et juridique des cibles concernées*

L'infection à VIH/SIDA fragilise l'équilibre économique et social des personnes infectées et/ou affectées : elle réduit donc les capacités financières et économiques des familles, des organisations et des communautés.

Pour atténuer les effets néfastes de l'épidémie sur les PVVIH et leurs familles, l'un des piliers de l'action de la communauté d'abord est l'augmentation des ressources familiales des plus démunis par la facilitation de l'accès aux activités génératrices de revenus. Il s'agira ensuite d'encourager les associations de PVVIH à s'impliquer dans les définitions des actions visant la réduction de l'impact socio-économique de l'infection à VIH/SIDA et dans la lutte contre la discrimination et la stigmatisation. Enfin, il convient d'accompagner les PVVIH par la prise en charge psychosociale et les soins infirmiers dont ils ont besoin.
Pour cela, une étroite collaboration entre les associations des PVVIH, les services de santé, les OBC et organisations confessionnelles s'impose.

De plus, un accent particulier doit être mis sur le développement d'un Cadre Juridique permettant de préserver les Droits des PVVIH dans leur milieu de vie et particulièrement dans le sphère du milieu de travail et de l'hôpital.

<u>Domaine 3.8</u> : *Renforcement des stratégies novatrices d'implication des PVVIH dans la lutte contre le VIH/SIDA*

La lutte contre le VIH/SIDA requiert la participation de tous et en particulier celle des PVVIH. Cependant, la visibilité du dynamisme et du leadership de ces personnes représentées dans les associations ne semble guère apparente. Ceci s'explique, par plusieurs raisons parmi lesquelles on peut retenir :

- L'absence ou le faible niveau d'instruction des PVVIH au sein des associations
- La dépendance économique des PVVIH qui se préoccupent à chercher une assistance plutôt qu'à être dans l'avant scène des associations.
- La très grande présence des personnes saines notamment les responsables des associations qui exercent un leadership apparent à l'intérieur et à l'extérieur des associations.
- Le manque d'une définition claire des attributions et rôles des PVVIH dans les associations

Face à une telle situation, il s'est avéré utile de créer les conditions pour la mise en œuvre du concept « GIPA » dont le principal objectif est l'implication de manière contributive et visible des PVVIH dans les structures chargées de la lutte contre l'infection du VIH. En effet, le concept GIPA vise à valoriser les PVVIH en leur permettant de mettre leurs connaissances, leurs expériences et leurs aptitudes de plaidoyer, de conscientisation et de mobilisation au profit de la lutte.

Au Rwanda, le Bureau de la Première Dame a commencé à mettre en œuvre ce concept en recrutant un cadre séropositif pour appuyer les programmes sur le VIH/SIDA.. Cet exemple est à imiter notamment dans d'autres structures impliquées dans la lutte telles que la CNLS, le TRAC…

3.2.4.4 L'Axe Stratégique IV : Renforcement des Mesures de Réduction de la Pauvreté et intégration de la dimension Genre dans la lutte contre le VIH/SIDA

Cet Axe Stratégique vise principalement l'intégration des dimensions Pauvreté et Genre dans les actions de lutte contre le VIH/SIDA.

Il faut noter que la relation pauvreté et le VIH/SIDA a été mise en exergue par de nombreux Economistes de la Santé. Ils soutiennent, pour l'essentiel que les personnes pauvres notamment les femmes ou les jeunes filles ont des besoins fondamentaux (manger, s'habiller, dormir dans de logements décents, etc) à satisfaire.
Cette situation de manque va occasionner chez ces « sans revenus » des comportements déviants tels que : la mendicité, la prostitution, l'agression, le vol, etc.
Dans ce cas de figure, ces comportements pervers notamment la prostitution va contribuer à la propagation des IST et du VIH.

Par ailleurs, il est relevé l'interrelation entre VIH et pauvreté. En effet, les personnes frappées par le VIH vont s'appauvrir du fait des charges défrayées par les prestations de soins qu'elles doivent devoir s'en occuper.. Cette situation aux multiples répercussions sur la sécurité financière de toute la famille.

Quant au Genre, on peut dire qu'au Rwanda, cette dimension n'est pas encore mise en pratique dans toutes les politiques de développement socio-économique au point que la femme peut – être considérée comme « une laissée pour compte » dans le processus global de décisions pour le développement. Or dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, la femme devra pouvoir par elle – même décider de s'informer sur les meilleures mesures de prévention des IST/VIH et de gérer sa sexualité sans aucune contrainte.
Ceci demeure encore un vœux qu'il faut en appeler de toutes les forces rwandaises car la réalité est tout autre pour la femme rwandaise en majorité. C'est pourquoi, l'intégration de cette dimension dans la lutte contre le VIH/SIDA apparaît comme une nécessité urgente et incontournable quant on sait que la femme représente le groupe le plus nombreux de la population (54%).

Les objectifs intermédiaires de cet Axe Stratégique visent à améliorer les conditions socio – économiques des PVVIH, des orphelins et des veuves. Ils ne perdent pas de vue non plus les conditions socio – économiques et juridiques des jeunes filles et des femmes.

Ces objectifs ne pourront être atteints que grâce à la mise en œuvre des activités de quatre Domaines d'Actions Prioritaires. Il s'agit :

- Du Développement des Activités Génératrices de revenus

- De l'Amélioration de l'accès des PVVIH et leurs Familles aux Services divers (emploi, mutuelle, scolarisation, alphabétisation, crédits, etc.)
- De l'Amélioration de l'accès des Jeunes Filles et des Femmes aux Opportunités Socio - économiques
- De la Promotion de la Protection juridique de la Femme en général et des Enfants en particulier (petites filles et petits garçons) contre le viol, les sévices corporels, l'exploitation et la domination

Domaine 4.1 : *Développement des Activités Génératrices de Revenus*

L'épidémie du VIH fragilise la santé des PVVIH et réduit leurs économies en les affaiblissant.
Cette situation les maintient dans un état de pauvreté extrême et de dépendance économique vis à vis des membres de leurs familles, des amis et de la communauté.
Face à une telle situation dégradante et d'humiliation, il convient qu'on puisse aider soit, les associations de PVVIH, soit leurs proches, soit elles – mêmes à développer des activités qui pourront leur générer des ressources financières. Ceci les aide à se prendre d'abord en charge avant ou en complément de toute autre assistance économique.

Domaine 4.2 : *Amélioration de l'accès des PVVIH, des Orphelins et des Veufs (veuves) aux services divers (emploi, mutuelle, scolarisation, alphabétisation, crédits, etc.)*

Outre le soutien économique des PVVIH, des orphelins et des veuves, ceux – ci auront besoin d'un minimum de services pour assurer la satisfaction de leurs besoins fondamentaux. C'est pourquoi, les décideurs politiques, les acteurs nationaux et les partenaires sont tous interpellés à permettre à ces personnes des facilités d'accès à tout service pour leur être utile.

Domaine 4.3 : *Amélioration de l'accès des Jeunes Filles et des Femmes aux Opportunités socio – économiques*

Pour la très grande majorité de Rwandaises, le pouvoir économique est encore une chasse gardée de l'homme Rwandais. Cette situation met la femme dans un état de dépendance économique, condition néfaste qui lui enlève son pouvoir de décision sur sa propre vie en général et sur sa sexualité en particulier.
Devant un tel constat, la lutte contre le VIH/SIDA exigera qu'on améliore l'accès de ce groupe cible de la population rwandaise à toute opportunité économique qui pourrait s'offrir.

Domaine 4.4 : *Promotion de la Protection Juridique de la Femme en général et des Enfants en particulier (petites filles et petits garçons) contre le Viol, les Sévices corporels, l'Exploitation et la Domination.*

La femme rwandaise vit sous l'influence négative quasi permanente de deux tares : Le système de valeurs socio – culturelles d'une part et d'autre part l'exercice du pouvoir de l'homme.
En effet, certaines valeurs rétrogrades du système socio – culturel maintiennent, encore, la femme dans un certain obscurantisme et aliénation face à son propre pouvoir de façonner son destin. A cette influence négative s'ajoute les abus de pouvoir que l'homme exerce sur elle.
On devrait rappeler le courant actuel des viols et abus sexuels exercés sur les petites filles par des hommes beaucoup plus âgés et dont certains d'entre eux sont séropositifs ou malades du VIH/SIDA. Quant aux petits garçons, le viol leur est exercé mais dans une moindre mesure que celui de fillettes.

Le Président de la République lui – même s'est élevé contre ces comportements pervers en faisant prendre des mesures drastiques à l'encontre de ces déviants.
Des attitudes et mesures coercitives en faveur de la protection de la femme en général et la petite fille en particulier devront être encouragées. Des lois proactives et dissuasives devront être prises pour renforcer la portée de ces mesures.
Cet élan pourrait servir d'indicateur de l'intégration du genre dans la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda.

3.2.4.5 Axe stratégique V: Renforcement de la Réponse, Promotion du Partenariat et de la Coordination Multisectorielle

L' Objectif Général de cet axe est le suivant :
Renforcer le Partenariat et les capacités des structures nationales d'exécution et de Coordination du PNM 2002 – 2006.

La mise en œuvre de la réponse nationale et son élargissement exigent un cadre institutionnel organisé et fonctionnel capable de coordonner et d'orienter l'ensemble des activités de lutte contre le SIDA qui se sont mises en œuvre à travers le territoire national.

Pour être efficace, cet axe requiert que la lutte contre la pandémie se fonde sur une approche multisectorielle et pluridisciplinaire appuyée par un partenariat national et international.

Il convient de préciser qu'à la lumière de l'évaluation du plan Stratégique (1998 – 2001) du Rwanda, le renforcement de la coordination apparaît, aujourd'hui, comme un véritable défi à relever pour sauvegarder les acquis antérieurs de la lutte. C'est pourquoi une attention particulière sera accordée à cet axe dans le présent cadre stratégique ainsi qu'à la CNLS, structure chargée de la Coordination nationale de la lutte contre le VIH/SIDA.

En effet, sur le plan fonctionnel, cette structure n'a pas encore atteint sa vitesse de croisière par faute de moyens et de lourdeur administrative. Sur le plan de la

décentralisation de ses activités, on observe qu'à ce jour tous ses organes ne sont pas encore mis en place.

Les Objectifs Intermédiaires de cet axe visent à impliquer tous partenaires, tous les acteurs nationaux et tous les partenaires régionaux et internationaux dans la lutte contre le VIH/SIDA dans le pays.

Cet Axe comporte six Domaines d'Actions Prioritaires suivants :

- Renforcement du Partenariat Régional et International
- Développement du Plaidoyer pour la Mobilisation en faveur de la lutte
- Renforcement des Capacités fonctionnelles des structures des secteurs impliqués à la lutte.
- Développement de la Recherche
- Renforcement de la décentralisation des structures et des interventions de la lutte contre le VIH/SIDA.
- Amélioration de la Coordination Multisectorielle des interventions

La mise en œuvre des six domaines d'actions prioritaires justifiés ci – bas contribuera à l'atteinte des objectifs.

Domaine 5.1 : *Renforcement du partenariat régional et international*

La lutte contre le VIH/SIDA implique des efforts tant au niveau national qu'au niveau international.

Le partenariat régional de la lutte contre le VIH demeure une exigence pour le Rwanda : la mobilité intense des populations ces dernières années entre les pays limitrophes du fait de la guerre, des catastrophes naturelles et des échanges commerciaux via les axes routiers recommande donc une lutte régionale intégrée afin de réduire les contaminations circulaires à l'infection à VIH.

L'insuffisance des moyens financiers et techniques du pays face à la montée de l'épidémie requiert d'intensifier le partenariat international afin d'y conduire des actions plus vigoureuses.

Le Protocole de Coopération signé entre six pays de la sous – région des Grands Lacs, la GLIA, et qui est appuyée techniquement et financièrement par l'ONUSIDA, est en train de consolider ses mécanismes de collaboration et a continué à confier son Secrétariat au Rwanda. A noter que la dernière conférence de la GLIA tenue à Nairobi en avril 2002, a retenu comme priorité N° 2 de son Plan d'action 2002 – 20003, la réduction de la transmission du VIH parmi les populations déplacées et les réfugiés.

Domaine 5.2 *: Développement du Plaidoyer pour la Mobilisation en faveur de la lutte*

La mobilisation des ressources qui est une attribution de la CNLS exige un travail préparatoire d'implication du Gouvernement : de la participation communautaire et des principales agences de développement.
Ainsi, l'appropriation du processus de planification par les principaux acteurs engagés dans la lutte contre le VIH/SIDA est un facteur déterminant pour la réussite de la mobilisation des ressources humaines, financières et des biens et services.

Domaine 5.3 : *Renforcement des Capacités Fonctionnelles des structures des Secteurs impliqués à la lutte*

Quatre principaux secteurs sont impliqués à la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda. On peut rappeler qu'il s'agit :

- Du Secteur Public (Ministères Santé et non Santé)
- Du Secteur Privé
- Du Secteur Communautaire
- Du Secteur des Structures de Coordination

Tous ces secteurs impliqués à la lutte notamment celui des structures de coordination souffrent d'une insuffisance notoire de moyens de fonctionnement. Or, la mise en œuvre des plans d'actions sectoriels exige pour réussir, un minimum d'appui technique d'une part et d'autre part un appui en équipement matériel et en logistique.

Face à une telle sollicitude, il s'avère urgent de renforcer les capacités organisationnelles et opérationnelles des institutions, des OBC et des autres structures intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA.

On aura beau avoir de bonnes politiques, de bonnes stratégies et des fonds nécessaires pour l'exécution des plans d'actions de lutte contre le VIH/SIDA, si les intervenants ont seulement la bonne volonté mais ne disposent guère de formation ni d'expériences adéquates, la probabilité de l'insuccès sera grande.
C'est pourquoi, cet axe stratégique privilégie d'optimaliser la qualité des intervenants des secteurs impliqués à la lutte notamment par la formation continue, les voyages d'études et d'échanges, etc.

Domaine 5.4 : *Promotion de la recherche*

La lutte contre le VIH/SIDA, sans une Recherche appropriée, semble hasardeuse et peu efficace. L'infection du VIH engendre de graves conséquences et son évolution est fulgurante.

Face à la précarité des moyens de l'Etat pour faire face à cette situation, il s'avère judicieux d'éclairer les interventions contre la pandémie par les résultats de Recherche.
Compte tenu de son caractère transversal, la recherche sera une préoccupation essentielle au niveau de tous les cinq Axes Stratégiques.
La Recherche Fondamentale permettra d'améliorer les connaissances en virologie et en pharmacologie. De plus, elle permettra de faire des études anthropologiques sur les comportements et sur les aspects économiques.

La Recherche Clinique permettra de préciser le spectre des affections liées aux VIH/SIDA et de valider les protocoles de prévention et de traitement adaptés au contexte du pays.
Enfin, en plus de la recherche opérationnelle, il s'agira de conduire des investigations en vue de mieux connaître les déterminants de la propagation de l'épidémie et les meilleures opportunités utiles à la lutte.
Elle permet également d'identifier les approches novatrices dans la réponse sanitaire et communautaire au VIH/SIDA dans le pays.

Domaine 5.5 : *Renforcement de la décentralisation des structures et des interventions de la lutte contre le VIH/SIDA*

L'approche décentralisée de la lutte contre le VIH/SIDA doit être appliquée à la fois aux structures, aux activités et aux ressources.
La politique nationale décentralisée de lutte contre le SIDA vise à faire en sorte que les actions puissent toucher les populations des centres les plus périphériques du pays.
L'action décentralisée devient, dès lors, un moyen d'accroissement de l'efficacité des actions suggérées par le Cadre Stratégique.
Au Rwanda, la politique décentralisée des structures de la prise en charge médicale et psychosociale et de la coordination ne sont effectives que pour certaines grandes agglomérations urbaines.
Face à une telle situation, il y a urgence de décentraliser pour que la lutte contre le VIH soit une réalité pour la majorité de la population qui réside en milieu rural.

Domaine 5.6 : *Amélioration de la coordination multisectorielle des interventions*.

Les activités de la lutte contre le VIH/SIDA ont fait l'objet d'une coordination au plan national depuis la création du PNLS jusqu'à l'actuelle CNLS. En dépit des efforts des uns et des autres, on note encore quelques insuffisances dans ce domaine. La réorganisation actuelle contre l'épidémie de VIH/SIDA au Rwanda interpelle, aujourd'hui, l'implication de plusieurs secteurs d'interventions et disciplines diverses à tous les niveaux du pays surtout dans la perspective de la mise en œuvre du PNM
2002 - 2006. Cela va requérir le renforcement de l'organisation de la coordination multisectorielle des actions au niveau central d'une part et d'autre part le renforcement des capacités des structures d'exécution et de coordination décentralisées. Ce serait une des principales préoccupations à laquelle la CNLS devrait faire face pour le succès du dit PNM.

IV. CADRE ORGANISATIONNEL, INSTITUTIONNEL ET D'EXECUTION

4.1 Structures Nationales de Coordination et d'appui

En vue de pouvoir mener à bien la lutte multisectotrielle contre le VIH/SIDA, le Gouvernement Rwandais a décidé de se doter d'un Cadre Stratégique qui définit les Orientations Politiques et Stratégiques ainsi qu'un PNM 2002 – 2006 de lutte contre le VIH/SIDA.

La grande augmentation du nombre d'intervenants à tous les niveaux (central, provincial et communautaire) rend nécessaire la mise sur pied de Structures de Coordination des actions qui seront développées. Il s'avère donc utile de clarifier le Cadre Organisationnel et la Responsabilité des Structures nationales qui seront à charge de coordonner ou d'exécuter les activités du PNM.

4.1.1 Structures Nationales de Coordination

i) Structures existantes

Ayant pris conscience de la nécessité de renforcer les structures nationales de coordination, le Gouvernement a procédé à la réorganisation des organes centraux de pilotage des programmes sur le VIH/SIDA.

En novembre 2000, il a été créé la CNLS dont la principale mission est d'élaborer une Politique Nationale de lutte contre le VIH/SIDA et un Programme – Cadre ainsi que la Coordination des interventions dans les différents secteurs concernés. (cfr annexe III)

En mars 2001, le PNLS a été remplacé par le TRAC dont le mandat est de promouvoir et de piloter les interventions du secteur médical : le dépistage volontaire, la prise en charge des IST, la prévention de la transmission Mère – Enfant, la Surveillance épidémiologique et la Recherche bio-médicale.

Cette restructuration des instances chargées d'orienter et de coordonner la lutte contre le VIH/SIDA à travers tout le pays, témoigne de la volonté des autorités politiques d'atteindre une plus grande efficacité dans les efforts visant à infléchir l'expansion de l'épidémie et à réduire son impact sur les populations.

ii) Structures à créer

La mise en œuvre du PNM 2002 – 2006 sera réalisée par des structures d'exécution et de coordination provenant de quatre principaux secteurs d'interventions (public, privé, communautaire et structures de coordination de la lutte).

Il faut noter que depuis 1983, la Coordination de la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda a été assurée chronologiquement par le PNLS, puis par la CNLS logée au sein de la Primature

et après, la CNLS actuelle et le TRAC notamment pour le aspects médicaux et la Recherche.

Aujourd'hui, la réorganisation de la lutte contre le VIH/SIDA prend son véritable sens avec la multisectorialité et la pluridisciplinarité. Aussi, avec l'implication des structures des secteurs divers et de disciplines professionnelles variées, la lutte aura besoin de renforcer ses structures de coordination. C'est pourquoi, il s'avère nécessaire de créer dans chacun des secteurs impliqués à cette lutte à l'exception du Secteur même des Structures de Coordination des Comités SIDA. Ces structures agiront comme des organes ou relais entre les secteurs et la CNLS d'une part et d'autre part animeront des programmes SIDA avec leurs structures d'exécution.

Les appellations ci – dessous sont proposées pour les structures de Coordination des trois secteurs d'interventions :

- Le Comité Interministériel de lutte contre le SIDA en abrégé **CIM/SIDA** pour le Secteur Public (ministère santé et Ministères non santé)
- Le Comité Inter – Entreprises de lutte contre le SIDA en abrégé **CIE/SIDA** pour le Secteur privé
- Le Comité Inter – Organisations communautaires de lutte contre le Sida en abrégé **CIOC/SIDA** pour le Secteur Communautaire

La Structure de Coordination du Secteur public (CIM/SIDA) coordonne les activités des comités sectoriels des ministères et répond au nom de ceux – ci auprès de la CNLS.

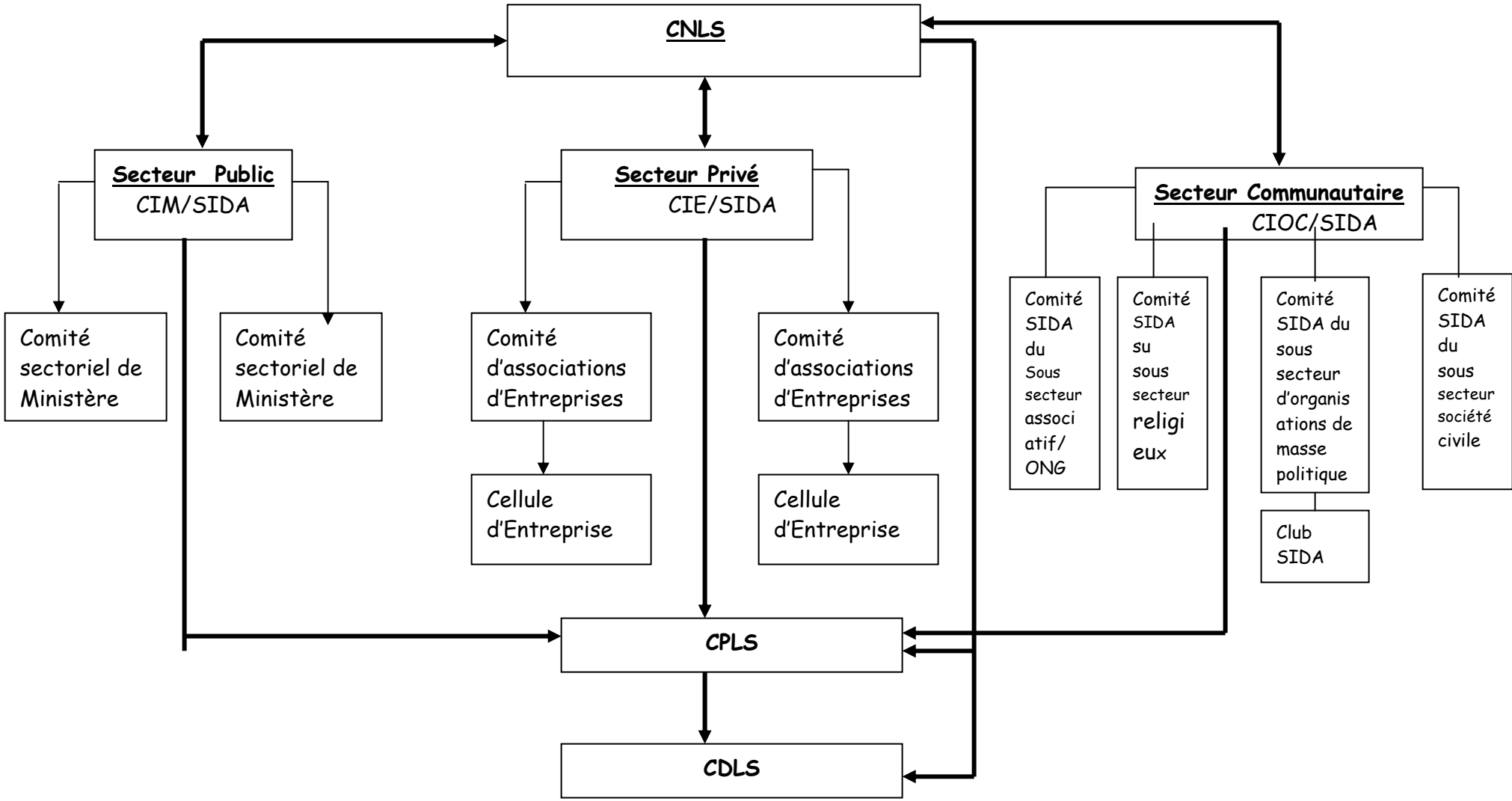
La Structure de Coordination du Secteur privé (CIE/SIDA) comprend les comités SIDA d'associations d'entreprises et les cellules SIDA d'Entreprises. Elle répond de toutes ces structures auprès de la CNLS.

La Strucutre de coordination du Secteur Communautaire (CIOC/SIDA) comprend :

- Les Comités SIDA du Sous – secteur associatif/ONG
- Les Comités SIDA du Sous – secteur religieux
- Les Comités SIDA du Sous – secteur des organisations de masse politiqueS
- Les Comités SIDA du Sous – secteur de la société civile

Le CIOC/SIDA coordonne les activités de tous les Comités SIDA relevant d'elle et les représente auprès de la CNLS(cfr figure 4.1.1)

Figure 4.1.1 : Structures nationales de Coordination de la lutte contre le VIH/SIDA par Secteur d'intervention



4.1.2. Structures décentralisées de coordination

La mise en place de la CNLS a été suivie par la création des CPLS au niveau des Provinces. Il faut noter, cependant, que dans certaines Provinces, la création des CPLS a même précédé la mise sur pied de la CNLS actuelle, Organe Nationale appelé à travailler en étroite collaboration avec les structures constituées dans la perspective de la Décentralisation.

Les CPLS ont pour mission d'apporter un appui précieux dans la coordination des initiatives de plus en plus nombreuses au niveau décentralisé du fait de la multisectorialité.

Il convient d'informer que la fonction de coordination des activités de lutte contre le SIDA au niveau décentralisé était antérieurement assurée par les Médecins Directeurs de Régions sanitaires et les Médecins directeurs de Districts qui, aujourd'hui sont partie prenante des prérogatives des CPLS et les CDLS.

Le renforcement de la collaboration entre les CPLS et les CDLS avec les structures du Sous – secteur santé sera sans aucun doute une des conditions pour la réussite des stratégies d'intervention du prochain Plan national contre le VIH/SIDA.

4.2 Structures Nationales d'Appui Technique et Financier

Au Rwanda, il existe déjà quelques structures nationales qui ont été créées pour apporter un appui technique et financier aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA.
Le premier exemple est celui du projet Santé et Population financé sur un crédit de la Banque Mondiale et qui depuis 1996, a appuyé beaucoup d'institutions nationales parmi lesquelles le PNLS, le CRIS, le TRAC et l'APR/DMS.

Un autre exemple plus récent est celui du TRAC créé en mars 2001 pour apporter l'expertise nécessaire aux services de VTC, de PMTCT, de prise en charge médicale et de recherche.

Au niveau sous – régional, la GLIA joue aussi un rôle de structure d'appui technique et financier en renforçant la circulation de l'information entre les programmes des différents pays et en appuyant techniquement et en mobilisation des ressources les programmes communs tels que la prévention du VIH sur les grands axes routiers internationaux.

Dans le secteur du développement communautaire, les expériences en microfinance des structures en réseaux telles que PROFEMMES TWESE HAMWE, CCOAIB qui appuient techniquement et financièrement les associations membres notamment dans la mobilisation des ressources, l'allègement des circuits administratifs de déboursement de fonds et dans l'établissement des rapports financiers, peuvent servir d'exemples pour créer des structures nationales d'appui technique et financier dans le domaine du VIH/SIDA.

Depuis les années 1997 – 1998, le Gouvernement a donné instruction aux grandes ONGs internationales de choisir au moins une province à laquelle l'ONG allait concentrer son appui technique et financier. Cette directive devait permettre aussi d'apporter aux initiatives à base communautaire les appuis techniques et financiers nécessaires.

Le Bureau de la Première Dame vient d'initier une expérience analogue d'appui technique et de mobilisation de ressources au profit d'initiatives ciblant les enfants non accompagnés et d'autres groupes vulnérables.

En vue de pouvoir mener à bien la mise en œuvre du nouveau Cadre stratégique national VIH/SIDA, qui sera multisectoriel et décentralisé, le Gouvernement Rwandais devra prévoir des structures d'appui technique et financier pour que les différents secteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA puissent recevoir les soutiens techniques et financiers appropriés.
Cela est d'autant plus nécessaire que l'évolution actuelle marquée par la multiplication de nombre d'intervenants et la décentralisation requiert en elle – même des services d'appui technique et financier tant au niveau central qu'à celui des provinces.

Au cours des dernières années, certains secteurs nationaux qui avaient manifesté la volonté de mener des activités de lutte contre le SIDA et même de financer des initiatives dans ce domaine, n'ont pas eu de réalisations appréciables faute d'appuis techniques qui pouvaient les aider à formuler leurs intentions en programmes d'interventions et à les mettre en œuvre.

Les aspects liés à la mobilisation des ressources, les circuits de déblocage de fonds et l'établissement des rapports financiers doivent être clarifiés lors de la phase d'élaboration du nouveau cadre stratégique national.

Dans la suite, la CNLS s'appuiera sur les structures d'appui technique et financier pour la mise en œuvre et l'opérationalisation de tous ces aspects si importants pour la réussite des programmes.
Ainsi, la CNLS pourra se départir des tâches techniques et se consacrer à ses principales fonctions à savoir la coordination et la définition des Orientations Politiques dans le domaine du VIH/SIDA.

4.3 Structures Nationales d'Exécution

La mise en œuvre du PNM 2002 – 2006 se fera à travers des structures de plusieurs secteurs impliquées déjà dans la lutte contre le VIH/SIDA. Il s'agit :

- Des structures du Secteur Public
- Des structures du Secteur Privé
- Des structures du Secteur de Communautaire

4.3.1 Les structures du secteur public

Le secteur public concerne tous les ministères du Rwanda. On distingue deux sous – secteur dans ce type de secteur. Il s'agit :

- Du Sous – Secteur santé
- Du Sous – Secteur non santé

iii) Le sous – secteur santé

Ce sous –secteur est représenté par le Ministère de la Santé dont la mission première est de veiller à la mise en œuvre de la Politique et de la Stratégie nationale de la santé sur tout le territoire national . Ce sous – secteur comprend également le sous – secteur public sanitaire et le sous – secteur des cliniques privées.
Les structures de ce sous- secteur public sanitaire chargées d'exécuter le PNM 2002 – 2006 sont :

- Les directions centrales du Ministère
- Les directions régionales de la santé et des affaires sociales
- Les hôpitaux de référence
- Les hôpitaux régionaux
- Les districts sanitaires
- Les centres de santé
- Les centres et projets nationaux

Les principaux intervenants dans ces structures se comptent parmi le personnel médical et paramédical (laborantins, infirmiers, etc.).

iv) Le sous – secteur non santé

Sous cette appellation sont regroupés tous les Ministères autres que celui de la Santé.
Ils sont au nombre de 17 y comprise la primature devant être impliqués dans le processus de la lutte. La participation de certains est déjà manifeste depuis de longues années, par contre d'autres viennent de s'impliquer dans ce processus.

Toutes les structures techniques et administratives de ce sous – secteur seront mises à contribution pour la mise eu œuvre du prochain PNM.

4.3.2 Les structures du Secteur Privé

Le secteur privé est représenté par les entreprises impliquées :parapubliques, ou privées. En tant qu'entité dont les membres sont touchés par le VIH/SIDA, ce secteur est concerné à part entière dans la lutte contre l'épidémie du VIH.
Toutes les structures techniques et administratives pouvant aider au développement des activités de la lutte contre la VIH/SIDA dans ce secteur seront requises.

Les principaux intervenants sont les responsables des services administratifs et techniques surtout les points focaux des comités – SIDA d'entreprises.

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités du PNM 2002 – 2006 du secteur Privé, la FRSP sera à charge de suivre et de coordonner l'ensemble des interventions développées par ce groupe d'intervenants.

4.3.3 Les structures du secteur communautaire

Le Secteur communautaire est le plus grand secteur d'intervention de la lutte contre le VIH/SIDA. Il regroupe :

- Les ONGs nationales
- Les réseaux d'associations
- Les associations non réseautées
- Les organisations de la société civile (syndicats, droits de l'homme, etc.)
- Les organisations confessionnelles catholiques, musulmanes et protestantes
- Les organisations de masse à caractère socio – politique (CNJR, les structures organisationnelles des femmes, etc.)

Toutes ces organisations à leur manière et selon les moyens participent pour la plupart aux actions de lutte contre le VIH/SIDA. Elles sont interpellées, dans le nouveau contexte de lutte contre l'épidémie du VIH, à renforcer leur implication suivant, désormais, les Orientations Politiques et Stratégiques du présent Cadre Stratégique.

Parmi les principaux intervenants de ces organisations, on compte très peu de techniciens et de spécialistes mais de nombreux bénévoles et compétences extérieures viennent appuyer ponctuellement ces organisations.

4.4 Caractéristiques des Structures de la Lutte contre le VIH/SIDA

Les structures de la lutte contre le VIH/SIDA qu'elles coordonnent ou qu'elles exécutent doivent être: décentralisées, permanentes et performantes.

i) De la décentralisation des structures

Une structure est décentralisée, si elle est implantée le plus proche possible des communautés d'une zone géographique périphérique d'un pays qu'elle a pour mission de desservir.

Une telle approche permet aux populations d'être informées, de disposer des prestations de services et de participer à toutes les étapes du processus décisionnel et gestionnel de la lutte contre le VIH/SIDA

ii) De la permanence des structures

Les structures implantées de lutte contre le VIH/SIDA doivent être dotées de services permanents et fonctionnels. Cela permet aux bénéficiaires de disposer à tout besoin des prestations dont ils auront besoin.

iii) De la performance des structures

Toutes les structures de la lutte contre le VIH/SIDA doivent dans leur fonctionnement être performantes. Un certain nombre de ressources et d'équipement devraient leur être alloués pour leur permettre d'atteindre cet objectif.

v. MOBILISATION ET GESTION DES RESSOURCES ET PARTENARIAT

Cette partie du document de Cadre Stratégique traite des aspects liés à l'identification, à la mobilisation et à la gestion des ressources de la lutte contre le VIH/SIDA d'une part et d'autre part du partenariat contre cette infection.

5.1 De l'Identification des ressources de la lutte contre le VIH/SIDA

La mise en œuvre du Plan National Multisectoriel 2002 – 2006 se fera grâce à la définition claire et à l'utilisation des diverses ressources telles que les ressources humaines, physiques, matérielles et financières.

Les ressources humaines sont représentées par les intervenants nationaux des quatre secteurs d'intervention (public, Privé, Communautaire, Structures de coordination). Il convient de préciser que les intervenants sont définis en trois catégories. Il s'agit :

- ***des décideurs politiques***: Cette catégorie d'intervenants de la lutte contre le VIH/SIDA définissent les lignes d'interventions et prennent des décisions pour mettre en vigueur les choix et les directives.

- ***des acteurs nationaux***: Ce sont les intervenants provenant de quatre secteurs d'intervention de la lutte contre le VIH/SIDA dont:
  - Le secteur public (le ministère de la Santé et les autres ministères)
  - Le secteur privé (entreprises)
  - Le secteur communautaire (ONG, Réseaux d'associations, associations(y compris les associations des PVVIH), organisations de la société civile)
  - Le secteur des structures de coordination (CNLS, CPLS et autres comités)

- d***es partenaires*** à la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda : Cette catégorie d'intervenants provient principalement de trois types d'organisations :
  - Les organisations bilatérales
  - Les organisations multilatérales
  - Les ONG Internationale

Toutes ces ressources humaines seront mises à contribution pour exécuter les activités du PNM 2002 – 2006. D'autres compétences au niveau international (experts,

auditeurs, etc.) pourront être requises par la CNLS dans certaines étapes du processus de la lutte contre le VIH/SIDA telles que :

- L'élaboration du Cadre stratégique et du PNM 2002 – 2006
- La formation des acteurs nationaux
- L'évaluation des activités développées du PNM 2002 - 2006
- L'audit des déboursés de fonds du PNM 2002 – 2006

Les ressources physiques et matérielles sont représentées par les locaux additionnels et ou réfectionnés, l'équipement matériel, la logistique, les fournitures diverses de bureau, les réactifs et autres consommables médico – sanitaires, etc.
Tous ces besoins devront être dûment définis et exprimés clairement à travers les plans d'actions sectoriels.

Quant aux ressources financières de la lutte contre le VIH/SIDA, elles s'identifieront au budget global du PNM 2002 – 2006, défini lui – même, à partir des budgets des plans sectoriels 2002 – 2006.

5.2 De la Mobilisation des fonds de la lutte contre le VIH/SIDA

La mobilisation des fonds est une étape importante du processus global de la lutte contre le VIH/SIDA. Elle introduit deux questions fondamentales que sont les sources potentielles de financement et les mécanismes de financement ou d'allocation de fonds au PNM 2002 – 2006 et des Plans d'Actions Sectoriels 2002 – 2006.

5.2.1 Les sources potentielles de financement du PNM 2002 – 2006

En l'absence de politiques, de stratégies claires et cohérentes ainsi que de mécanismes de financement collectivement acceptés, on peut affirmer que le financement des activités de la lutte contre le VIH/SIDA s'est opéré de manière opaque et insatisfaisante.
En effet, actuellement, il s'avère difficile pour la CNLS de disposer des données exhaustives et fiables sur le niveau de contributions, le type d'axes stratégiques et des domaines d'interventions des nombreux bailleurs de fonds qui sont impliqués depuis plus d'une décennie dans la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda. Ceci est un handicap pour une lutte qui se veut organisée.

Pour créer les meilleures conditions de succès du PNM 2002 – 2006, l'organisation et la gestion de la mobilisation des fonds doivent requérir plus de rigueur , de sérieux et de transparence. Une exigence de regard de la part de la CNLS d'une part et d'autre part un respect du principe de la conformité aux règles à l'adresse des bailleurs de fonds.

Le PNM 2002 – 2006 sera financé principalement par deux sources :

- financement par fonds propres ou internes
- financement par fonds externes

5.2.1.1 Le Financement par fonds propres ou internes

L'infection du VIH/SIDA est une menace pour le Gouvernement et la population du Rwanda.
Le Gouvernement Rwandais est le premier concerné. C'est pourquoi, il devrait faire montre d'une contribution substantielle au financement du PNM 2002 – 2006, malgré la précarité du budget national.
Le financement national de la lutte contre le VIH/SIDA pourrait être assuré par :

- Une part du budget national
- La rétrocession des fonds provenant de la remise des dettes (Fonds PPTE)
- La contribution des initiatives des individus, des secteurs du Privé (entreprises) et du Communautaire (dons, legs, jumelage, etc.)

5.2.1.2 Le Financement par fonds externes

Le financement international du PNM 2002 – 2006 sera assuré par les contributions des partenaires bilatéraux, multilatéraux, des ONGs internationales ou des fondations. A cet effet, une table ronde est prévue lorsque le Gouvernement se sera doté de son Cadre stratégique et de son PNM 2002 - 2006

5.2.2 Procédures d'allocation des fonds.

5.2.2.1 *Situation antérieure au Cadre Stratégique 2002 – 2006*

Jusqu'à la fin des Programmes GPA (Global Programme on AIDS) qui étaient en cours durant la décennie des années quatre – vingt et les premières années de la décennie quatre-vingt-dix, la très grande partie des fonds mobilisés pour la lutte contre le VIH/SIDA était gérée de façon centralisée par l'OMS et le MiNISANTE.

Au Rwanda, cette situation a changé pendant la période d'urgence de 1995 – 1997 lorsque plusieurs ONGs ont initié des activités contre le VIH/SIDA dans leur zone d'intervention et en ont informé le PNLS ensuite.
Il faut noter qu'en matière de procédures d'allocation de fonds, le pays a connu une situation procédurière non harmonisée et peu documentée jusqu'en 2002. Elle peut être résumée en *trois scénari types* :

- ***Concernant les Fonds du Gouvernement***, les financements étaient versés à la Banque Nationale, sur le compte du destinataire par exemple, le PNLS, le CRIS ou alors sur le compte de telle ou telle province pour les CPLS ou les Régions Sanitaires. Au niveau central, le PNLS/TRAC et les autres organes pouvaient alors obtenir un déblocage de fonds avec l'accord de l'Ordonnateur trésorier du MINISANTE, à savoir le Secrétaire Général ou le Directeur Administratif et Financier. Au niveau provincial, l'accord de déblocage de fonds revenait au Préfet de Province.
- ***Concernant les fonds des crédits de la Banque Mondiale***, le Projet santé Population par exemple, versait les financements destinés aux intervenants de terrain sur le Compte BNR du PNLS qui opérait avec un Comité de sélection des projets et ensuite allouait directement les fonds aux acteurs de terrain (cas du fonds social d'appui aux initiatives communautaires). L'Equipe de gestion du fonds social basé au PNLS assurait également le suivi de l'exécution des activités financées par le Fonds.

- ***Concernant les fonds de l'aide multilatérale des Agences des Nations Unies et des Donateurs bilatéraux***, l'organe étatique responsable des programmes VIH/SIDA au niveau central à savoir le PNLS ou la CNLS actuellement intervenait uniquement pour attester que la demande de l'ONG nationale ou d'un autre intervenant, répond aux priorités du Gouvernement et est passée par les voies officielles du niveau provincial (CPLS ou Direction de la Santé) et au niveau central (CNLS ou PNLS). Une fois l'accord d'octroi de ressources signé, toute la procédure administrative de demande et obtention de fonds se déroulait entre l'acteur de terrain et le bailleur, qui pourrait, le cas échéant, faire recours au PNLS dans le suivi des activités et l'échelonnement du partenariat. La situation décrite ci – haut avait deux conséquences :

  - Les procédures de l'un ou de l'autre bailleur pouvaient apparaître comme très longues et compliquées selon que l'intervenant de terrain avait les capacités en ressources humaines pour répondre aux exigences des procédures administratives et financières qui lui sonti imposées.
  - Comme cela a été constaté, lors de l'Evaluation du dernier PSN, le niveau central, Le PNLS ou la CNLS, ne disposait que d'informations très parcellaires sur les fonds consacrés à la lutte contre le VIH/SIDA dans le pays.

Il s'avère donc nécessaire de clarifier et d'harmoniser les procédures d'allocation de fonds en vue d'alléger les circuits administratifs et faciliter la tâche aux intervenants qui souhaitent obtenir un financement sans peine quel que soit sa provenance.
Avec les dispositions du présent Cadre Stratégique, la CNLS, pour sa part, devrait pouvoi,r désormais, recueillir et actualiser régulièrement toutes les informations sur les financements de la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda.

Cette revue des modalités d'allocation de fonds est d'autant nécessaire que les intervenants sont de plus en plus nombreux et dans des secteurs et des localités diversifiés.

5.2.2.2 Allocation de fonds internes.

La contribution financière du Gouvernement à la lutte contre le VIH/SIDA passe par le budget de l'Etat et la rétrocession de la remise des dettes (fonds PPTE).

Le Ministère des Finances et de la Planification économique fera transférer suivant les procédures et modalités d'engagement et de transfert propres à l'Etat Rwandais la contribution gouvernementale dans un compte de l'Unité Centrale de Gestion des Fonds – Sida au profit du PNM 2002 – 2006.

5.2.2.3 Allocation des fonds externes

Il convient de préciser que le financement du PNM 2002 – 2006 par les fonds externes se fait grâce à deux types de contributions des partenaires et donateurs.
On distingue les contributions suivantes :

- Les Subventions non remboursables des partenaires et les Dons des Fondations

- Les Prêts concessionnaires des Banques (Banque Mondiale, BAD, etc.)

i) Les Subventions non remboursables des partenaires et Dons des Fondations

Dans le contexte du partenariat au développement en général et du Partenariat contre le VIH/SIDA en particulier, les contributions financières des partenaires bilatéraux, multilatéraux et des ONGs internationales sont généralement des subventions non remboursables. Les partenaires contribueront directement au financement en ciblant les domaines d'actions prioritaires du PNM selon leur secteur d'intervention privilégié. Il apparaît judicieux que les partenaires bilatéraux , multilatéraux et autres donateurs qui interviennent par les subventions non remboursables puissent choisir parmi eux une agence qui pourrait gérer le Panier commun au profit du PNM 2002 – 2006.

Cette agence sera, désormais, l'interlocutrice des partenaires auprès de l'unité Centrale de Gestion des Fonds basée à la CNLS. Cette approche est idéale mais demeure, cependant, facultative étant donné la possibilité à chaque bailleur de fonds de verser directement sa contribution au compte de l'Unité centrale de Gestion des fonds.

ii) Les Prêts concessionnaires de la Banque Mondiale et d'autres Banques

La Banque Mondiale octroie des prêts pour aider le Gouvernement rwandais à lutter contre le VIH/SIDA.

Ces prêts sont gérés par des projets tels que le Projet Population et lutte contre le SIDA (PPLS) dans d'autres pays et le Projet Santé et Population au Rwanda. D'autres banques comme la Banque Africaine de Développement peuvent également contribuer au financement du programme SIDA.

La phase renouvelée de ce projet Santé/Population au Rwanda devrait continuer à appuyer la CNLS.

A ce sujet un manuel d'exécution qui met en relief les aspects liés au financement et à la gestion des activités de la lutte a été déjà élaboré avec la collaboration de la CNLS.

Les contributions de la Banque Mondiale étant des prêts, il est acceptable que ces fonds soient gérés soit par un projet ou une unité spécifique à ses réalités et contraintes.
Cette unité ou projet pourrait transférer ses fonds à l'Unité Centrale de Gestion des Fonds – SIDA à la demande de la CNLS suivant les procédures de la banque.

5.3 De la Gestion des Fonds du PNM 2002 – 2006

La gestion des fonds de la lutte contre le VIH/SIDA doit requérir de structures efficaces et des procédures cohérentes. Elle implique alors une définition claire des Structures de Gestion, des Procédures de Gestion et d'un Système de Contrôle de Gestion des Fonds.

5.3.1 Structures de Gestion des Fonds

5.3.1.1 L'Unité Centrale de Gestion des Fonds

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda, il s'avère, désormais, nécessaire qu'il ait une Structure Nationale de Gestion des Fonds efficace qui réponde aux attentes du Gouvernement et des Partenaires financiers.

i) De la typologie des Fonds :

Les Fonds du PNM 2002 – 2003 seront de deux types : les fonds négociés par le gouvernement et les Fonds non négociés.

Les Fonds négociés par le Gouvernement sont ceux qui proviennent des partenaires bilatéraux, multilatéraux et de certaines Fondations à travers la Table Ronde des bailleurs de fonds. Ceux qui ne sont pas négociés par le Gouvernement sont constitués de dons et ou de legs de certaines structures telles que les institutions religieuses. Ce type de Fonds peuvent être représentés aussi par les subventions directes de certains projets des partenaires financiers.

Il convient de noter que quelque soit le type de fonds octroyés en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA, les structures des secteurs d'intervention qui en seront bénéficiaires ont

l'obligation de signaler le montant des donations à la CNLS ainsi que l'affectation de ces contributions suivant les Axes Stratégiques, les Domaines d'Actions Prioritaires et les Activités du PNM 2002 – 2006.

Du Statut de l'Unité de Gestion de Fonds

L'unité de Gestion de Fonds devrait être une structure para étatique à gestion autonome. Trois alternatives de statuts pour cette Unité sont possibles:

Scenario N°1 : Elle peut être représentée par la Direction des Affaires Administratives et Financières (DAF) de la CNLS. Dans ce cas, on pourrait étoffer le personnel de cette Direction et redéfinir ses nouveaux mandats.

Scenario N°2 : Elle peut être représentée par une Unité de Gestion de Fonds d'un Projet National en lien avec le VIH/SIDA déjà existant telle que le PNRP, le CCM du Global Fund Rwanda, le CEPEX, etc. Dans ce cas de figure, son implantation au sein de la CNLS serait souhaitable et une redéfinition de la mission de l'Unité et des Attributions du Personnel serait indispensable.

Scenario N°3 : Elle peut être une création nouvelle, logée dans l'enceinte de la CNLS. Dans ce troisième cas, l'Unité devrait être techniquement rattachée au Ministère des Finances et de la Planification économique et administrativement à la CNLS. Son staff sera composé d'un Coordonnateur technique, d'un Directeur de marchés et d'un Comptable. Un Secrétaire et un Chauffeur constitueront le personnel de soutien.

ii) Des mandats de l'Unité Centrale de Gestion des Fonds

Les Fonds de l'Unité Centrale sont destinés au financement du PNM 2002 – 2006 à travers les Plans d'Actions sectoriels.
La principale mission de l'Unité de gestion de Fonds est de gérer les Fonds négociés par le Gouvernement. Plus précisément, les prérogatives de l'unité consisteront à :

- répondre aux demandes de financement adressées par la CNLS
- examiner les Plans d'actions sectoriels approuvés par la CNLS
- encadrer et former les membres de la sous – commission nationale et des Comités provinciaux de sélection des Plans d'Actions Sectoriels
- assurer le bilan des comptes

iii) Structures de sélection des Plans Sectoriels

Dans le but de rompre avec la multiplicité des structures, il apparaît plus indiqué de s'appuyer sur celles déjà existantes. Aussi, la CNLS et ses différentes structures

décentralisées (CPLS et CDLS) pourront jouer en plus de leurs fonctions, le mandat de structures de sélection des Plans Sectoriels.

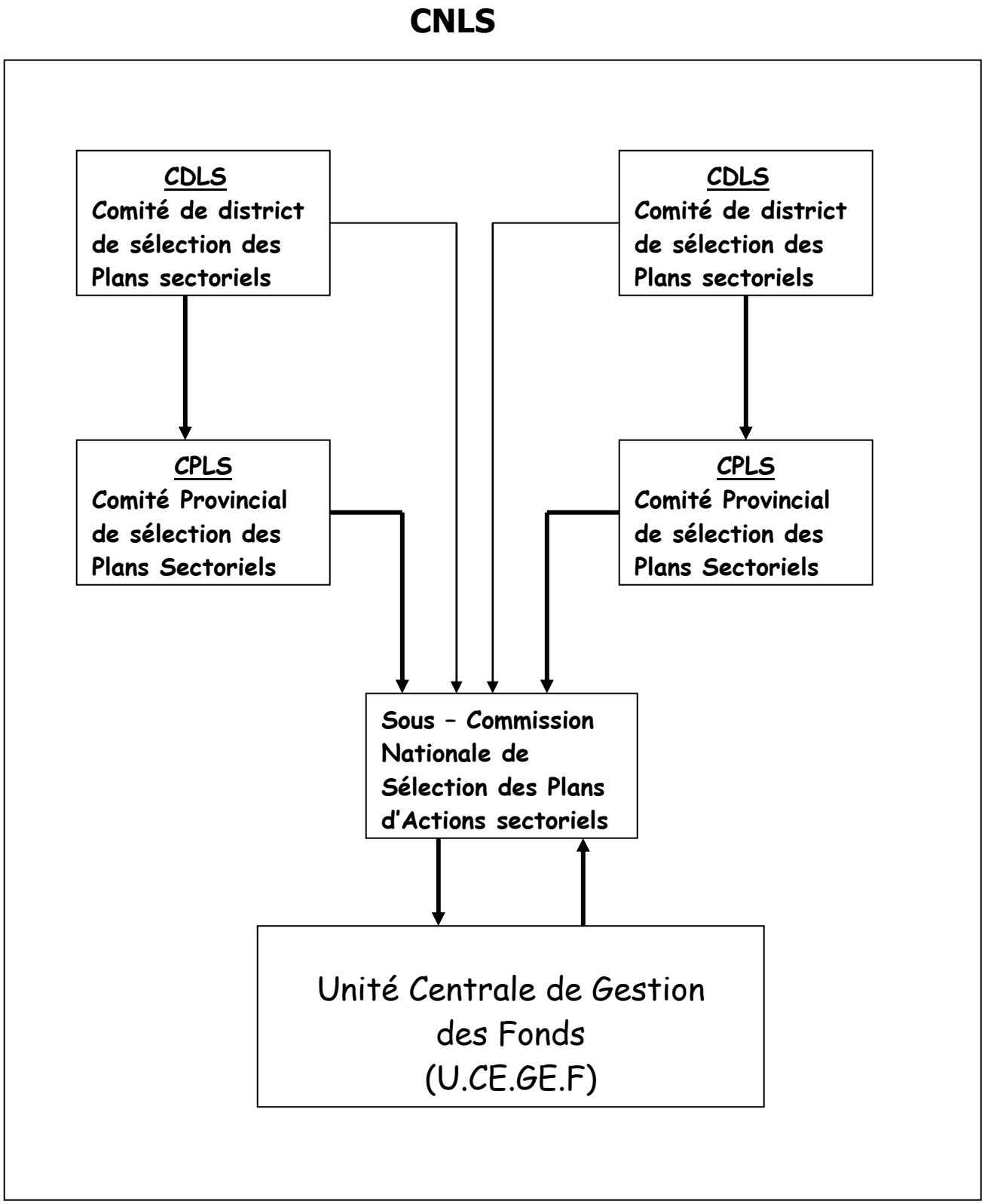
- ***Au niveau du District*** : la structure de sélection des Plans d'Actions Sectoriels s'appellera « le Comité de Sélection des Plans Sectoriels du District ». Elle émane de la CDLS et est présidée par un membre choisi dans cette Structure décentralisée de la CNLS. Le Secrétaire permanent de la CDLS sera le rapporteur. La Commission se réunit une fois le mois pour étudier les dossiers.

- ***Au niveau de la Province*** : la Structure de sélection des Plans Sectoriels est le Comité provincial dont le Président est choisi parmi les membres. Le Secrétariat de cette commission sera assurée par le Secrétaire permanent.

- ***Au niveau National :*** la structure de sélection des plans au niveau national n'est pas un Comité, elle est représentée par la Sous – commission Nationale de Suivi/Evaluation de la CNLS. La Sous – Commission Nationale de sélection des plans sectoriels sera dirigée par le Président de la Sous – Commission Nationale de Suivi/Evaluation et le Directeur chargé de Suivi/Evaluation en assure le Secrétariat.

En conclusion, on peut dire que pour ce qui est de la typologie, du Statut et de l'ancrage institutionnel de l'Unité Centrale de Gestion de Fonds, il appartiendra au Gouvernement Rwandais en dernier ressort de faire le choix suivant les critères qui lui sont les siens. Cependant, quel que soit le Statut qu'on confère à l'Unité centrale de gestion de fonds, ses liens fonctionnels et administratifs avec la CNLS et le Ministère des Finances et de la Planification de l'Economie devraient être clairement définis.

Figure 5.3.1 : **Structures de sélection des Plans d'Actions sectoriels de la CNLS**



5.3.2 Procédures de gestion des fonds

Cette partie concerne les modalités procédurières devant accompagner la gestion des fonds du PNM après la mobilisation proprement dite des ressources financières auprès des deux principales parties prenantes de la lutte contre le VIH/SIDA (l'Etat Rwandais et tous les partenaires).

Les fonds collectés en faveur de la lutte méritent d'être gérés avec parcimonie et transparence. A cet effet, un manuel d'exécution ou de gestion devrait être élaboré par la CNLS avec la collaboration des principales sources de financement (Banque Mondiale, PNUD, ONGs internationales et autres partenaires) ;

Ce manuel définira les modalités précises de l'exécution des fonds pour tous les intervenants des secteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda.

Les conditions d'éligibilité au financement, les procédures financières et comptables des passations des marchés, les mécanismes de contrôle et de la gestion, etc. devront être traités dans ce manuel.

La gestion des fonds depuis le niveau régional et périphérique passera par cinq principales étapes que sont (cf. tableau n° 5.3.2) :

- La mobilisation des fonds par la table ronde
- L'ouverture d'un compte de fonds SIDA à la Banque Nationale au profit de l'unité centrale de gestion des fonds.
- La création des structures centrales ou décentralisées de la gestion des fonds
- L'implantation officielle des structures de gestion de fonds au niveau national et régional
- Le fonctionnement des structures de gestion des fonds

La CNLS et le Ministère des Finances et de la Planification de l'économie demeurent les principaux responsables de l'exécution des activités définies par ces cinq étapes.

Tableau 5.3.2 : **Etapes procédurières de gestion des fonds du PNM.**

Etapes	Activités	Structures à créer	Responsables de l'exécution
Etape 1	❑ Mobilisation des fonds par la table ronde	❑ Comité d'organisation de la table ronde	❑ CNLS ❑ Ministère des finances et de la planification de l'économie
Etape 2	❑ Ouverture d'un compte des fonds – SIDA à la Banque Nationale	❑ Compte bancaire	❑ CNLS ❑ Ministère des finances
Etape 3	❑ Création d'une structure nationale de gestion des fonds ❑ Création des structures de sélection des plans d'actions sectoriels	❑ Unité centrale de gestion des fonds ❑ Comité de district et provinciaux de sélection des plans d'actions sectoriels ❑ Sous commission nationale de sélection des plans d'actions sectoriels	❑ CNLS ❑ Ministère des finances ❑ Equipes provinciales de la CNLS
Etape 4	❑ Implantation officielle des structures de gestion des fonds et de sélection des plans d'actions sectoriels	Néant	❑ CNLS ❑ Ministère des finances ❑ Equipes provinciales de la CNLS
Etape 5	❑ Fonctionnement des structures de gestion et de sélection des plans sectoriels	Néant	❑ CNLS ❑ Equipes provinciales de la CNLS de la CNLS ❑ Unité centrale de gestion de fonds ❑ Comités de sélection des plans sectoriels ❑ Sous – commission nationale

5.3.3 Système de contrôle de gestion des fonds

Les fonds du PNM 2002 – 2006 proviennent de plusieurs sources de financement. Pour s'assurer de la transparence et de la rationalité de la gestion de ces fonds, il s'avère indispensable d'instituer un système de contrôle basé sur des Audits internes et externes.

i) L'audit interne

L'audit ou contrôle interne est une activité de contrôle des activités du PNM. Ce contrôle permet de mesurer régulièrement les performances des déboursés de fonds pour la mise en œuvre des plans sectoriels et les délais d'exécution des activités.

Les résultas de ce contrôle interne seront consignés dans des rapports d'audits qui peuvent être semestriel, annuel et quinquennal. Ces rapports porteront sur l'utilisation des ressources financières, l'état d'avancement des activités du PNM et la situation de la passation des marchés.

L'audit interne est de la responsabilité du Secrétaire Exécutif qui doit veiller à son exécution.

ii) L'audit financier et comptable externes

Il concerne les états financiers du PNM. Ce type d'audit peut se faire annuellement, Bi-annuellement ou quinquennalement. Cet audit permet à l'auditeur d'avoir des informations sur :

- La situation financière durant ou à la fin du PNM
- Les fonds reçus
- Les dépenses effectuées au cours de l'exercice clos le 31 décembre de chaque année.

Les sous – comptes gérés par les structures décentralisées de la CNLS ou les différentes agences d'exécution du secteur privé seront audités tous les six mois, annuellement et à la fin du PNM.

iii) L'audit technique externe

Ce type d'audit consistera, entre autres, à vérifier et à évaluer plusieurs paramètres de la gestion des fonds tels que :

- La régularité de la passation des marchés
- Les coûts et prix pratiqués
- L'existence, les quantités et la qualité des travaux, des biens et services
- Le système de suivi et de contrôle

Les résultats de cet audit seront présentés dans des rapports d'audit.

De manière générale, les audits seront assurés par des auditeurs indépendants dûment mandatés. Ceux – ci vérifient et certifient l'application correcte des obligations contractuelles des co – contractants de la CNLS.
Ces auditeurs auront accès à tous les documents relatifs à la gestion administrative, technique et financière du PNM.
Un Manuel de Gestion et d'Exécution du PNM devra préciser les modalités pratiques et les mécanismes de fonctionnement du système global de contrôle et de gestion de fonds.

5.4 Le partenariat contre le VIH/SIDA au Rwanda

5.4.1 Le partenariat international contre le VIH/SIDA

Le partenariat international de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique a été préconisé par les Nations Unies et approuvé par les pays africains à la réunion des ministres de la santé de l'OUA.

Il faut noter que les partenaires au développement impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda sont de plusieurs types.

On peut distinguer :

- Les partenaires bilatéraux
- Les partenaires multilatéraux
- Les autres partenaires : ONGs internationales

*i) **Les partenaires bilatéraux***

De nombreux pays développent un partenariat fructueux avec le Rwanda contre le VIH/SIDA à travers la coopération bilatérale.
Au nombre de ces pays, on peut citer notamment :

- L'Allemagne
- Les USA
- La Grande Bretagne
- La France
- La Hollande
- L'Irlande
- La Belgique
- La Suisse
- Le Luxembourg
- L'Italie

ii) Les partenaires multilatéraux

Les Nations Unies, à travers ses nombreuses agences développent un partenariat avec le Rwanda dans le Cadre de lutte contre le VIH/SIDA.
Les agences les plus actives sont :

- Le FNUAP
- Le HCR
- L'ONUSIDA (PNUD, FNUAP, UNICEF, UNESCO, OMS, Banque Mondiale)
- L'OMS
- Le PAM
- Le PNUD
- L'UNESCO
- L'UNICEF
- La FAO
- L'ECA

L'Union Européenne et La Banque Mondiale interviennent aussi dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA.

iii) Autres partenaires :

Des ONGs internationales et des fondations participent également dans le financement et dans les interventions de lutte contre le VIH/SIDA.
Parmi celles-ci, on peut retenir :

- BILL GATE et Belinda Fondation
- CARE INTERNATIONAL
- CROIX ROUGE INTERNATIONALE
- CRS
- FHI/IMPACT- RWANDA
- IPPF
- ACTION AID
- PSI
- WORLD RELIEF
- NORVEGIAN CHURCH
- SAVE THE CHILDREN
- SWAA
- AFRICARE

Au Rwanda, le partenariat contre le VIH/SIDA s'exerce grâce à l'existence des mécanismes de concertation et ou de coopération. Parmi ceux – ci on peut retenir principalement :

- Le Groupe thématique de l'ONUSIDA
- Le Groupe technique élargi aux ONGs et aux bilatéraux
- Le Forum des ONGs impliqués dans la lutte contre le SIDA

Il convient de noter que le partenariat international intervient dans la lutte contre le VIH/SIDA par la mobilisation des fonds et l'apport de l'expertise au profit des structures natonales impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Les structures et mécanismes de partenariat international s'exercent au niveau national, toutefois, les répercussions de leurs actions sont perçues an niveau provincial et périphérique.

Il faut dire que l'appui des partenaires internationaux a été significatif depuis 1987 dans la lutte contre le VIH/SIDA. En effet, au cours de ces cinq dernières années, cet appui a permis la réalisation d'études d'analyses de la situation et de la réponse au VIH/SIDA, l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des plans stratégiques 1998 – 2001 ainsi que la formulation du présent cadre stratégique et celle du PNM 2002 – 2006.

Les défis qui restent à relever pour le partenariat international contre le VIH/SIDA consistent, désormais :

- A la mobilisation des fonds nécessaires à la mise en œuvre du futur PNM 2002 – 2006
- Au renforcement des mécanismes de concertation entre les partenaires et la CNLS durant la période d'exécution du PNM 2002 – 2006
- A la conformité aux directives, orientations politiques et stratégiques définies dans le présent Cadre Stratégique par tous les partenaires impliqués à la lutte au Rwanda.

5.4.2 Le Partenariat Régional contre le VIH/SIDA

Ce type de partenariat n'est pas encore développé au Rwanda. Une initiative des pays des Grands Lacs en matière du VIH/SIDA, la GLIA, exerce un partenariat régional dans la sous – région avec l'appui de l'ONUSIDA. Même si celle-ci n'est ni une structure ni un mécanisme de partenariat régional en tant que tel, ses interventions sont notables dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA dans le cadre d'un protocole de coopération entre six pays de la sous – région à savoir le Kenya, la Tanzanie, l'Ouganda, le Burundi, la République démocratique du Congo et le Rwanda.

VI. DISPOSITIF DE SUIVI/EVALUATION

Le Cadre Stratégique a la mission de définir des orientations politiques et stratégiques mais aussi des mécanismes et systèmes qui permettent de piloter, de contrôler, de suivre et de coordonner le développement des interventions du PNM
2002 – 2006. Ainsi, seront abordés tour à tour, dans cette partie du document :

- Le dispositif de monitoring du PNM 2002 – 2006
- Le dispositif d'évaluation du PNM 2002 - 2006

6.1 Le Dispositif de Monitoring du PNM 2002 – 2006

Le Monitoring ou Suivi des activités des plans d'actions sectoriels est capital pour le succès du PNM 2002 – 2006. Aussi, la mise sur pied d'un dispositif cohérent et efficace constitue une des proincipales attentes de la CNLS dans le cadre global de la coordination des activités du PNM.
Ce dispositif comportera deux composantes essentielles :
- La composante « *Suivi d'exécution du PNM* »
- La composante « *Suivi de l'épidémie* »

6.1.1 Le Suivi d'Exécution du PNM

Cette composante du dispositif de monitoring du PNM se présente sous la forme d'un tableau de bord. Il permettra aux premiers responsables de l'exécution des plans d'actions sectoriels de suivre quelques indications clés relatives à l'état d'avancement de l'exécution des actions et d'appréhender les difficultés ou blocages qui ont pu surgir au cours du processus de mise en œuvre de l'ensemble des interventions.

Cette composante du dispositif aide à l'appréciation du degré d'atteinte des objectifs des activités suivant les axes stratégiques et les domaines d'actions prioritaires initialement définis.

6.1.2 Le Suivi de l'épidémie

L'évolution de l'épidémie du VIH et l'impact des actions de lutte peuvent être appréciés par un Suivi épidémiologique bien organisé. Aussi, dans le cadre de la mise en œuvre des actions de lutte contre le VIH/SIDA au cours des cinq prochaines années, les activités de Suivi épidémiologique seront développées à travers plusieurs types d'études telles que :
- La notification des cas du VIH/SIDA
- La séro – surveillance
- Les études sur les cibles ou groupes spécifiques
- Les études socio – comportementales liées au VIH/SIDA
- Les études d'impact économique du VIH/SIDA

6.2 Le Dispositif d'Evaluation du PNM 2002 – 2006

L'Evaluation est un processus important et incontournable dans la vie d'un Programme. On l'interprète comme étant u jugement par lequel sont appréciés le degré d'avancement, de pertinence, d'adéquation, d'efficacité et d'impact d'un plan d'actions d'une part et d'autre part le degré de satisfaction des décideurs, des intervenants et des bénéficiaires vis – à – vis des acquis enregistrés par l'exécution de ce plan.

Aussi, pour mieux appréhender le dispositif d'évaluation du PNM 2002 – 2006, il s'avère utile que soit définis :

- La typologie de l'évaluation
- Les composantes de l'évaluation
- Les indicateurs de l'évaluation
- Les instruments de l'évaluation
- Les intervenants de l'évaluation
- La périodicité de l'évaluation

6.2.1 De la typologie de l'évaluation

L'Evaluation la mieux indiquée pour les actions du PNM 2002 – 2006 est l'évaluation administrative. Elle se définit comme celle qui vise à vérifier le degré d'atteinte des objectifs du programme, la pertinence du programme, l'adéquation des ressources engagés, l'état d'avancement et l'impact des résultats.
Elle va jusqu'à vérifier également le degré de satisfaction des intervenants et bénéficiaires vis – à vis des résultats obtenus.

Ce type d'évaluation semble, en effet, bien appropriée pour apprécier l'ensemble des plans d'actions sectoriels à travers le PNM 2002 – 2006.

6.2.2 Des Composantes de l'Evaluation

Selon DONABEDIAN (1983), toute l'évaluation d'un programme d'interventions porte sur trois principales composantes que sont :

- La structure du programme
- Le processus du programme
- Les résultats du programme

- ***La structure du programme***

C'est notamment l'analyse de l'organisation des activités et celle de l'utilisation de ressources qui seront mis en relief. Les critères d'appréciation seront l'efficience,

l'adéquation, la rationalisation et la motivation. Ce niveau d'évaluation permettra de faire une appréciation structurelle (organisation, ressources) des plans d'interventions.

- ***Le processus du programme***

  L'analyse des activités développées et celle du fonctionnement global des plans d'intervention qui seront pris en considération. L'état d'avancement, la conformité et l'éthique sont quelques – uns des critères qui permettent cette évaluation.

- ***Les résultats du programme***

  L'analyse de l'efficacité, l'analyse de l'impact et celle du degré de satisfaction des bénéficiaires sont prises en compte dans l'appréciation des résultats des plans d'actions.

  L'efficacité, l'utilité, l'impact et la satisfaction sont les principaux critères considérés dans l'appréciation de cette composante.

6.2.3 Les Indicateurs de l'évaluation

Dans un Document de Cadre, il n'est pas indiqué de formuler les indicateurs de progrès ou d'évaluation de façon quantifiable comme dans un document de Plan Opérationnel. Toutefois, la latitude est laissée aux différents intervenants de formuler pour leurs Plans d'Actions Sectoriels des indicateurs plus mesurables, donc, plus opérationnalisables.

Ainsi, au regard de chacun des cinq Axes Stratégiques, plusieurs indicateurs ont été définis pour servir de support ou d'aide à l'évaluation du PNM 2002 – 2006.

Il s'agit :
- Des indicateurs de renforcement des ressources de prévention de la transmission
- Des indicateurs de renforcement de la surveillance de l'épidémie
- Des indicateurs pour l'amélioration de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA
- Des indicateurs de renforcement des mesures de réduction de la pauvreté et de l'intégration du genre dans la lutte contre le VIH/SIDA
- Des indicateurs pour le renforcement de la réponse et la promotion du partenariat et de la coordination multisectorielle

i) Les indicateurs de renforcement des mesures de prévention de la Transmission

Ce type d'indicateurs est représenté par :

- L'Augmentation du taux d'utilisation déclarée des préservatifs
- L'Amélioration de l'information et du conseil destiné aux donneurs de sang

- La Disponibilité permanente de réactifs pour le dépistage dans toutes les banques de sang
- L' Intégration des soins/conseils pour la réduction de la transmission mère/enfant dans les services publics et privés de santé maternelle et infantile
- L'Augmentation du taux de couverture du diagnostic et du traitement précoce des IST

ii) **Les indicateurs de renforcement de la surveillance de l'épidémie.**

Ce sont **:**

- L'Amélioration de la fiabilité du système de collecte des données sur les IST/VIH/SIDA
- L'Augmentation du nombre de structures assurant la notification des IST/VIH/SIDA
- La Disponibilité de données fiables sur la séroprévalence et l'évolution des comportements par rapport aux IST/VIH/SIDA.

iii) **Les indicateurs pour l'amélioration de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA**

Les indicateurs de la prise en charge globale en matière de VIH/SIDA sont représentés par :

- L'Augmentation du nombre de personnes dépistées et prises en charge par les services de soins/conseils hospitaliers et ambulatoires
- Augmentation du nombre de structures décentralisées de dépistage/conseil volontaire, confidentiel et anonyme
- La Systématisation de l'application des protocoles de chimio – prophylaxie et de traitement des IO dans les services de santé et ambulatoires
- L'Augmentation du nombre de personnes dépistées, d'orphelins, de veufs, de veuves et de leurs familles pris en charge par les services de soins/conseils communautaires
- Le Développement des réseaux de prise en charge intégrant les services socio – sanitaires de base, les OBC, les associations et les familles
- La Multiplication des projets générateurs de revenus et favorisant l'amélioration de l'accessibilité au crédit des PVVIH
- La Réduction de la discrimination et la stigmatisation des PVVIH au travail et au sein de la communauté
- L' Existence et l'application effective des textes protégeant les PVVIH
- La Disponibilité, l'accessibilité et l'existence d'un cadre cohérent d'utilisation des ARV

iv) Les indicateurs de renforcement des mesures de réduction de la pauvreté et de l'intégration du genre dans la lutte contre le VIH/SIDA

Ils sont représentés par :

- L'augmentation des activités génératrices de revenus en faveur de la femme
- L'augmentation du nombre d'entreprises ayant des politiques sur le VIH/SIDA PVVIH
- L'augmentation du nombre des orphelins ayant l'accès à l'école
- L'augmentation de projets des PVVIH financés
- L'augmentation de projets de jeunes filles et femmes ayant l'accès aux opportunités économiques
- L'accroissement du taux de scolarisation des jeunes filles et l'alphabétisation des femmes non scolarisées
- La disponibilité des lois protégeant la femme et notamment les petites filles contre les viols, les sévices corporels, l'exploitation et la domination

v) Les indicateurs pour la promotion du partenariat national et international et de la coordination multisectorielle

Ce type d'indicateurs est représenté par:

- L'Augmentation du nombre de partenaires nationaux, régionaux et internationaux impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA
- L'Augmentation du nombre de services, institutions, ONG et OBC opérationnels impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA
- L'Intensification du plaidoyer en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA
- L'Implantation de toutes les structures de coordination multisectorielle pour la lutte contre le VIH/SIDA
- L'Opérationnalité et l'efficacité du dispositif de suivi/évaluation

6.2.4 Des instruments de l'évaluation

Les indicateurs quelque soit leur qualité, ne peuvent à eux seuls contribuer à la réalisation d'une évaluation de programme, elle devrait également s'appuyer sur d'autres éléments ou instruments. Ainsi, plusieurs catégories d'instruments seront utilisées pour aider à l'évaluation du PNM 2002 – 2006.

Il s'agit :

- Des documents des plans d'actions
- Des critères (initiaux et d'arrivée)
- Des échéanciers des plans d'actions
- Des rapports d'audits
- Des rapports d'activités
- Des questionnaires d'évaluation
- Des guides d'entretien d'évaluation

6.2.5 Des intervenants de l'évaluation

Etant donné le caractère multisectoriel, pluridisciplinaire, décentralisé et communautaire de la lutte actuelle contre l'infection du VIH au Rwanda, l'équipe à charge de réaliser l'évaluation du PNM devrait en être le reflet.
Ainsi les membres de l'équipe d'évaluation seront issus des secteurs d'intervention (public, privé, communautaire, structures de coordination et partenaires)d'une part et d'autre part proviendront de disciplines assez variées (sociologues, anthropologues, administrateurs, professionnels de santé publique/communautaire, statisticien, démographe, religieux, économistes, enseignants, médecins, etc.).

L'équipe pourrait être dirigée par un expert international au moins rompu à ce genre d'exercice.

6.2.6 De la Périodicité de l'évaluation

Selon la littérature de la gestion, il existe deux modes d'évaluation. L'évaluation à mi – parcours qui est réalisée à mi – terme c'est – à – dire la moitié de la période d'exécution finale ou ex – post à la fin du programme.
Le domaine du VIH/SIDA est essentiellement lié aux comportements humains, aux systèmes d'informations, aux techniques, aux procédés nouveaux, aux connaissances nouvelles, etc. Dans un tel contexte qui évolue très rapidement, il n'est pas indiquer de trop espacer la périodicité des revues. Aussi est – il souhaitable d'instituer une revue des activités du PNM annuellement. Une évaluation à mi – parcours dans la deuxième année et enfin une évaluation finale à la fin de la mise en œuvre dudit PNM.

CONCLUSIONS

Après avoir fonctionné sans une politique claire en matière de VIH/SIDA, la CNLS vient de se doter d' un Cadre Stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2002 – 2006 qui va, désormais, servir de référence pour son action.

Ceci témoigne de la volonté du Gouvernement Rwandais de réorganiser la lutte contre l'épidémie du VIH dans le pays suivant les orientations politiques et les choix stratégiques clairs.

Cet effort de la réorganisation de la lutte pourrait servir de meilleure condition pour réaliser avec succès le PNM 2002 – 2006. En effet, le présent Cadre Stratégique se veut un document de politiques et de stratégies en matières de VIH/SIDA sera un précieux instrument d'aide à la conception, à l'élaboration, à la mise en œuvre et à la gestion des plans d'actions sectoriels. Sa formulation a intégré les approches actuelles requises de la lutte contre le VIH/SIDA dont :

- La multidimensionnalité
- La pluridisciplinarité
- La multisectorialité
- Le décentralisme
- Le communautarisme

De qui précède, on peut conclure que le Cadre stratégique n'est pas un Plan opérationnel destiné à être mis en œuvre, mais un guide pour la planification opérationnelle et d'élaboration des plans d'interventions de la lutte contre le VIH/SIDA dans tous les secteurs impliqués à ce combat contre l'épidémie.
Le succès de la lutte dans le nouveau contexte requiert plus qu'une attention, mais, de meilleures conditions et des recommandations de mise en œuvre du PNM 2002 - 2006. A cet effet, des recommandations ont été requises par l'ensemble des intervenants lors du processus de validation du Présent Cadre stratégique. Elles sont les suivantes:

- l'adoption et le respect des orientations politiques et stratégiques du Cadre Stratégique 2002 – 2006 par tous les intervenants impliqués dans la lutte au Rwanda.
- l'appropriation du document du PNM 2002 – 2006 par tous les intervenants.
- la contribution financière significative de la part du Gouvernement et des partenaires pour financer les activités du PNM.
- l'appui effectif aux capacités institutionnelles, organisationnelles et fonctionnelles des structures centrales et décentralisées pour leur permettre d'assurer le pilotage de la coordination.
- la création de l'Unité Centrale de Gestion de Fonds et des comités de financement.

- L'appui au fonctionnement de l'Unité Centrale de gestion de Fonds et aux Comités de financement
- la nécessité de renforcer le contrôle du contenu des programmes éducatifs (IEC, CCC)
- la nécessité d'organiser un Séminaire sur les questions éthiques et juridiques en rapport avec le VIH/SIDA.
- La nécessité des textes juridiques pour protéger les PVVIH.
- le renforcement des structures et mécanismes de concertation et de partenariat interrégionaux et régionaux au profit de la lutte contre le VIH/SIDA.

C'est, sans doute, à ce prix que l'on pourrait espérer réduire l'impact néfaste de l'épidémie du VIH au Rwanda dans les prochaines années.

Références

1. *ARBEF (2001)* - **Etude qualitative des besoins et les comportements des femmes prostituées en matière de VIH/SIDA et de planification familiale**, *Kigali.*

2. *Assemblée générale des Nations Unies(26 juin 2001)* - **Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA,** *« A Crise mondiale, action mondiale »*

3. *Bos E. and Bulatio R.A,)* **– Demographic impact of AIDS in Sub-Saharan Africa : Short and Long-term Projections**. *International journal of Forecasting, Vol.8,1992.*

4. *CMS Biryogo « kwa Nyiranuma » (2001)* - **Rapport d'activités 2001, Service Social SIDA**, *Kigali.*

5. *CNLS/Banque mondiale (2001)* - **Projet Multisectoriel d la lutte contre le SIDA (MAP) pour la période 2002 – 2006**, *Kigali.*

6. *Commission Nationale de Lutte contre le SIDA (2001)* – **Procès verbaux des réunions tenues dans les 11 Provinces du Pays et dans la Mairie de la Ville de Kigali lors des tournées effectuées par les membres de la CNLS, du 05 au 19 juin 2001**, *Kigali.*

7. *Commission Préfectoral de lutte contre le SIDA de Butare (juillet 1998)* - **Rapport sur la problématique du VIH/SIDA, l'analyse de la situation, justification de la mise en place de la commission, plan d'action 98 – 2000 et règlement intérieur de la commission**, *Butare.*

8. *Commission provinciale de lutte contre le SIDA de Gisenyi/UNICEF (juillet 2001)* - **Plan stratégique de lutte contre le SIDA dans la Province de Gisenyi 2001 – 2003**, *Gisenyi.*

9. **Déclaration du Sommet des Premières dames de l'Afrique subsaharienne sur les enfants et la prévention du VIH/SIDA**, *Kigali, Rwanda, du 20 – 22 mai 2001.*

10. *Desmond Cohen* - **Poverty and HIV/AIDS in subsaharan AFRICA**, *SEPED Conference paper Series, UNDP.*

11. **Directives Nationales pour le Conseil et le dépistage volontaire (CDV) au Rwanda**, *Draft , mai 2001.*

12. *Forum pour le développement de l'Afrique 2000 (décembre 2000)* - **Consensus Africain et plan d'action : les dirigeants doivent juguler le VIH/SIDA**, *Addis – Abeba.*

13. *Johns Hopkins University* - **Analyse des données sur l'auto-évaluation des ONGs internationales dans le domaine du SIDA au Rwanda.**

14. *KHI/ONUSIDA (2001)* - **Analyse de la compréhension de la sexualité et du SIDA par la jeunesse rwandaise, Club Anti – SIDA la trompette de KHI**, *Kigali.*

15. *KIBIRITI , C, BIGABIRO ,C-L, (novembre 1998)* - **Etude sur la prostitution et le SIDA au Rwanda**, *Kigali.*

16. *Médecins sans frontières* - **Le SIDA et la sexualité vus par les écoliers du Rwanda**.

17. *MINISANTE/IMPACT - RWANDA (décembre 2000)* - **Enquête de surveillance des comportements (BSS) auprès des prostituées, Rwanda 2000**, *Kigali.*

18. *MINISANTE/IMPACT - RWANDA (décembre 2000)* - **Enquête de surveillance des comportements (BSS) auprès des jeunes de 15 - 19 ans, Rwanda 2000**, *Kigali.*

19. *MINISANTE/IMPACT-RWANDA (décembre 2000)* - **Enquête de surveillance des comportements (BSS) auprès des routiers, Rwanda 2000**, *kigali.*

20. *MINISANTE/OMS/AFRO (août 2000)* - **La surveillance épidémiologique des maladies sexuellement transmises (MST), de l'infection à VIH et du SIDA au Rwanda**, *PNLS, kigali.*

21. *MINISANTE/ONAPO/Measure DHS+ORC (2000)* - **Enquête Démographique et de Santé (EDSR - II**), *Rwanda.*

22. *MINISANTE/TRAC (décembre 2000)* - **Rapport épidémiologique *: 1998 – 2001***, *Kigali.*

23. *Ministère de la Jeunesse/ONUSIDA (février 2000)* - **Plan stratégique sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA dans la jeunesse rwandaise 2000 – 2002**, *Kigali.*

24. *Ministère de la Santé (décembre 2000)* - **Analyse de la situation sanitaire au Rwanda**, *Kigali.*

25. *Ministère de la Santé/ONAPO (octobre 2001)* - **Politique nationale de population pour le développement du Rwanda, Première partie**, *Kigali.*

26. *Ministère de la Santé/ONAPO(octobre 2001)* - **Politique Nationale de population pour le développement durable du Rwanda, 2è partie, Cadre institutionnel de mise en œuvre de la politique nationale de population**, *kigali.*

27. *Ministère de la Santé/PNLS* - **Lutte contre le SIDA : Besoins de mise en œuvre de certaines priorités du plan stratégique**. *Kigali.*

28. *Ministère de la Santé/PNLS (octobre 1998)* - **Le plan stratégique national de lutte contre le SIDA au Rwanda pour la période 1998 - 2001**, *Kigali.*

29. *Ministère de la Santé/PNLS/ONUSIDA (novembre 1999)* - **Analyse de la Situation du rôle des ONGs et Associations dans la lutte contre le SIDA au Rwanda**, *Kigali.*

30. *Ministère des Finances et de la Planification économique (2001)* - **Le Rwanda en Chiffres**, *Direction de la statistique, Kigali.*

31. *Ministère du Genre et de la promotion de la femme/FNUAP (septembre 2001)* - **Etude sur les croyances, les attitudes et les pratiques socio-culturelles en rapport avec le Genre**, *Rapport provisoire, Kigali.*

32. *Ministry of Finance and Economic Planning (november 2001)* - **National poverty reduction programme, The Government of Rwanda reduction strategy paper**, *Kigali.*

33. *Ministry of Local Government and social affairs (December 2001)* - **National Governance Framework, strengthening Good for poverty reduction in Rwanda**, *Kigali.*

34. *Nations Unies(July 2000)* - **Common Country Assessment (CCA) RWANDA** *Rwanda.*

35. *Nations Unies, Assemblée générale- cinquante – cinquième session(1 février 2001)* - **Session extraordinaire consacrée au VIH/SIDA, Rapport du Secrétaire général.**

36. *ONUSIDA* - **Guide pour le processus de planification stratégique de la réponse nationale contre le VIH/SIDA**, *Tomes 1, 2, 3, 4.*

37. *ONUSIDA (décembre 2001)* - **Le Pouls sur l'épidémie**.

38. *Partnerships for Health Reform,* **Prepayment Scheme in Rwanda accepts seropositive members**, *July, 2000.*

39. *PNUD – RWANDA* - **Mission de formulation de la Politique nationale et du Programme Cadre national multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA**.

40. *PNUD – RWANDA (février2000) -* **Document de projet RWA/99/028, Elaboration d'un Programme cadre national VIH/SIDA et Réduction de l'Impact socio-économique***, Kigali.*

41. *PNUD (1999) –* **Rapport mondial sur le Développement Humain***, New york.*

42. *République du Burundi, Ministère de la Santé/PNLS (Bujumbura 1999) -* **Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA et les MST 1999 – 2003***.*

43. *République Rwandaise, CNLS (mars 2002) -* **Evaluation du Plan stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda pour la période 1998- 2001***, Kigali.*

44. *Réseau des Femmes Oeuvrant pour le Développement rural au Rwanda (août 1999) –* **Etude sur l'implication des femmes dans les instances de prise de décision***, Kigali.*

45. **Sommet africain sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies connexes, Mécanisme de contrôle, d'application et de suivi du plan d'action d'Abuja sur le VIH/SIDA***, Abuja, 24 –27 avril 2001.*

46. *The Goverment of Rwanda -* **Poverty reduction Strategy Paper.**

47. *UNDP/United Nations Development Assistance Framework (UNDAF) Rwanda (december2001) -* **Poverty reduction and peace building** *, Kigali.*

48. *UNICEF* **- Plan cadre d'opération 2001 - 2006***.*

49. *USAID – Harvard University,* **Demographic Impact of HIV/AIDS in 3 West Africa Cities, Ouaga report N° 2***, July 1994.*

50. *Van de Pierre, P., Le Polain., B., Nzaramba, D., Zissis, G. α Butzler, J.P (1987)* – HIV antibodies in a remote rural area in Rwanda, Central Africa: an analysis of potential risks factor for HIV seropositivity. **AIDS 1**, 213 – 215.

51. *Van de Pierre, P., Rouvroy,D., Lepage, P., Bogaerh, J., Kestelyn, P., Kayitesi, J., Hekker, A., Butzler,J.P α Clumeck, N. (1984) – Acquired Immunodeficiency Syndrome in Rwanda.* **Lancet ii***, 62 – 65.*

ANNEXES

A N N E X E I :

Chronogramme des Activités de l'Elaboration du Cadre Stratégique et du PNM 2002 – 2006

CHRONOGRAMME DES ACTIVITES DU CADRE STRATEGIQUE 2002-2006 DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AU RWANDA ET DU PLAN NATIONAL MULTISECTORIEL 2002/2006.

Phases/activités	Période d'éxécu-tion	Durée totale en (jours)	Responsables d'exécution	Février 2002				Mars 2002				Avril 2002				Mai 2002			
				S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10	S 11	S 12	S 13	S 14	S 15	S 16
I. **Phase préparatoire**																			
1. Rencontres d'informations et de travail	25 Fév. 7 /02/02	10 jrs	• Equipe consultants				■	■											
• Avec les autorités politico-administra- tives • Avec les membres de la CNLS, CPLS			• Autorités • Membres de la CNLS et CPLS																
• Avec les principaux acteurs nationaux • Avec les partenaires			• Acteurs Nationaux et partenaires																
2. Revue documentaire pour le cadre et le Plan National Multisectoriel 2002/06	25 Février 5 mars 02	10 jrs	• Consultants				■	■											
3. Définitions des TDR des groupes de travail	1-5 Mars	1 jr	Consultants					■											
S/total II		21 jrs																	

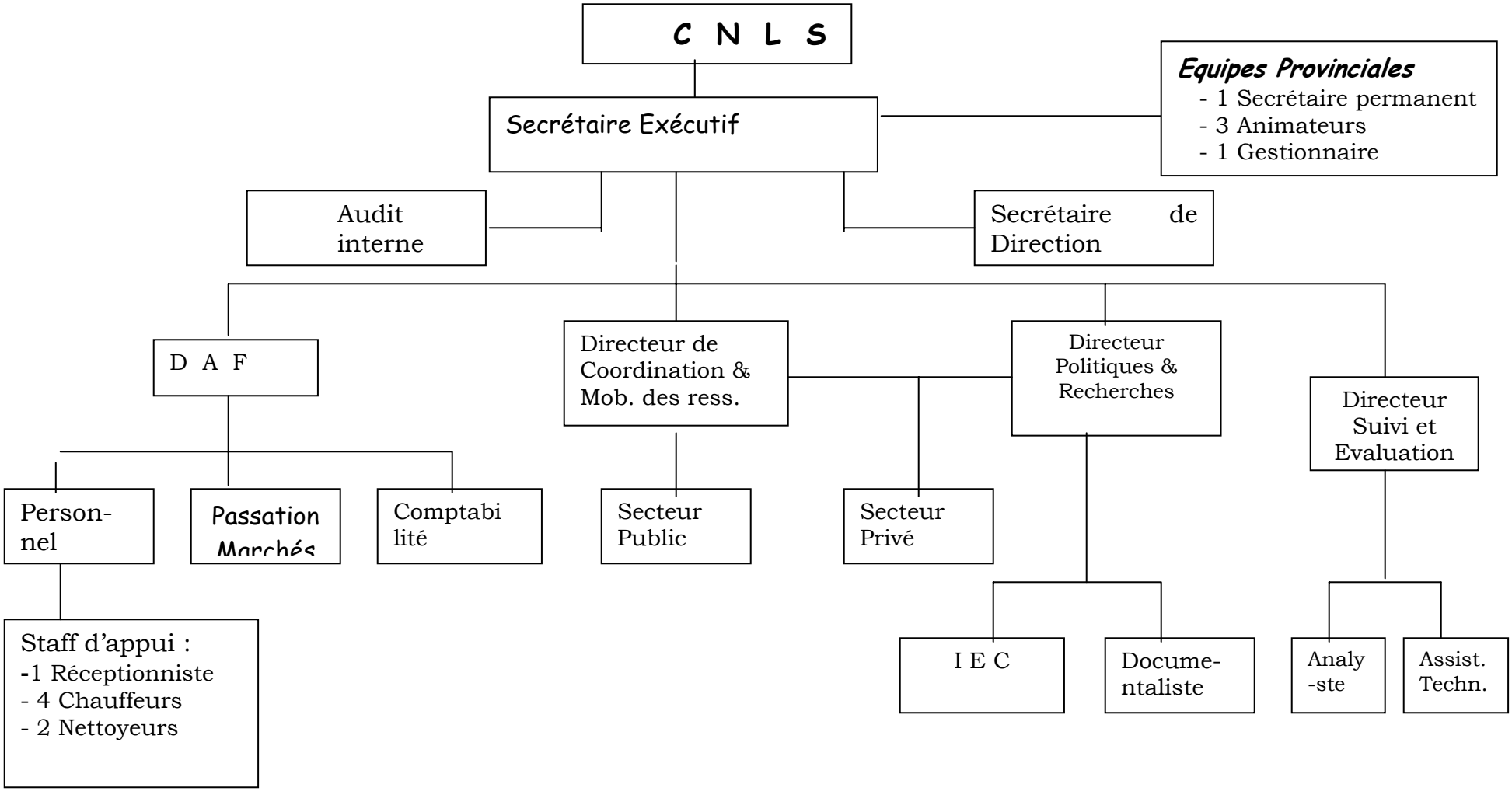
Phases/activités	Période d'éxécution	Durée totale en jours	Responsables d'exécution	Février 2002				Mars 2002			Avril 2002				Mai 2002			
				S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10	S 11	S 12	S 13	S 14	S 15
II. Phase de réalisations																		
4. Présentation du protocole de l'étude à la CNLS élargie à d'autres intervenants	12 Mars 2002	1jr	Consultants, CNLS, d'autres intervenants															
5. Atelier d'information sur le Protocole	14 Mars 2002	1jr	Autorités, acteurs, partenaires et consultants															
6. Rédaction du 1er Draft du document de cadre stratégique 2002/06	15-22/ 03/200 2	10 jrs	Consultants															
7. Diffusion du draft aux autorités politiques acteurs et partenaires pour amendements	22-30/ 03/02	8 jrs	Consultants															
8. Encadrement des secteurs d'intervention à l'élaboration des plans sectoriels et collecte de données pour le plannational multisectoriel 2002/06	30/03- 15/04/ 2002	15 jrs	Equipe consultants, Points focaux des secteurs d'intervention															
9. Atelier National de consensus/validation du document de cadre stratégique 2002/06	8 - 9/04/ 2002	2 jrs	Autorités politiques, acteurs internationaux, partenaires et consultants															
10. Réduction du document final du cadre stratégique 2002/06	3- 10/04/ 2002	5 jrs	Consultants															
11. Dépôt et diffusion du document final du du cadre stratégique 2002/2006	11- 16/04 2002	4 jrs	Consultants et CNLS															
12. Rédaction du 1er draft du document de plan national multisectoriel 2002/06	17- 25/4/ 2002	6 jrs	Consultants															

Phases/activités	Période d'exécu-tion	Durée totale en jours	Responsables d'exécution	Février 2002				Mars 2002				Avril 2002				Mai 2002			
				S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10	S 11	S 12	S13	S 14	S15	S 1
13. Atelier national de consensus/ validation du plan du plan national multisectoriel 2002/06	29-30/ 04/200 2	2 jrs	Autorités politiques, acteurs nationaux, parte-naires et consul-tants																
14. Rédaction du document final du plan national multisectoriel 2002/06	1-7/05/ 2002	5 jrs	Consultants																
15. Dépôt et Diffusion du document final plan national multisectoriel2002/06	5-10/05/ 2002	4 jrs	Consultants et CNLS																
16. Formulation des autres documents : • Note synthetique sur le Programme national multisectoriel 2002/2006 • TDR de la Table ronde de mobilisation des ressources pour le PNM 2002/2006	11-25/05 2002	5 jrs	Consultants																
S/total II		**69 jrs**																	
Grand Total		**90 jrs**																	

A N N E X E II :

Organigramme de la CNLS

Organigramme de la CNLS



<u>A N N EX E III</u> :

Arrêté présidentiel portant création, organisation et fonctionnement de la CNLS

Attention

Réserver 4 Pages pour l'arrêté

A N N E X E IV :

Tableau synoptique des objectifs, des axes stratégiques et des domaines d'actions prioritaires du Cadre stratégique

Tableau synoptique des objectifs, des axes stratégiques et des domaines d'actions prioritaires du Cadre stratégique

Axe stratégique	Objectifs généraux	Objectifs intermédiaires	Domaines d'actions prioritaires
Axe I : Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH.	**Objectif général 1 : Stabiliser à 13% la prévalence du VIH de 2002 à 2006.**	**Objectif intermédiaire 1:** Changer les comportements à risque au VIH/SIDA chez les groupes cibles prioritaires. **Objectif Intermédiaire 2 :** Renforcer les stratégies préventives de la lutte contre les IST et la tuberculose.	**Domaine 1.1 :** Renforcement des comportements à faible risque par l'IEC. **Domaine 1.2** : Renforcement du dépistage et du traitement précoce des IST et de la tuberculose. **Domaine 1.3 :** Promotion du conseil /dépistage volontaire, confidentiel et anonyme (CDVCA). **Domaine 1.4** : Prévention des risques d'infection accidentelle. **Domaine 1.5** : Promotion des préservatifs. **Domaine 1.6 :** Promotion de la sécurité transfusionnelle.

			<u>Domaine 1.7 :</u> Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME). **<u>Domaine 1.8 :</u>** Développement des interventions transrégionales de prévention du VIH/SIDA spécifiques en faveur des populations migrantes.
<u>Axe II</u> : **Renforcement de la surveillance de l'épidémie.**	**<u>Objectif général 2 :</u>** Contrôler l'évolution du VIH/SIDA et des maladies associées telles que les IST et la tuberculose durant la période d'exécution du PNM.	**<u>Objectif intermédiaire 3</u>** : Améliorer le système d'information et de notification du VIH et autres maladies associées (IST et tuberculose de 2002 à 2006. **<u>Objectif intermédiaire 4:</u>** Assurer la surveillance épidémiologique sur l'ensemble du territoir.e **<u>Objectif intermédiaire 5:</u>** Réaliser des études épidémiologiques, socio – comportementales et d'impact du VIH/SIDA, des IST et de la tuberculose.	**<u>Domaine 2.1 :</u>** Notification des cas d'IST, de la tuberculose et du SIDA. **<u>Domaine 2.2 :</u>** Sérosurveillance des IST/VIH et bactériosurveillance de la tuberculose. **<u>Domaine 2.3 :</u>** Etudes épidémiologique.

			<u>Domaine 2.4 :</u> Etudes socio – comportementales et d'impact.
<u>Axe III</u> : **Amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées.**	**<u>Objectif général 3:</u>** Réduire l'impact des IST, du VIH/SIDA et de la tuberculose sur les individus, les familles et les communautés durant la période d'exécution du PNM**.**	**<u>Objectif intermédiaire 6:</u>** Assurer l'accès aux conseils et soins hospitaliers et communautaires aux personnes dépistées, aux enfants non accompagnés et aux veuves et aux familles de 2002 à 2006.	**<u>Domaine3.1 :</u>** Formation à la prise en charge et dissémination des guides nationaux de prise en charge. **<u>Domaine 3.2 :</u>** Développement d'un réseau d'approvisionnement en équipements médico – sanitaires, des MEG, des ARV au niveau national et provincial. **<u>Domaine 3.3 :</u>** Développement du conseil/dépistage au niveau des structures de santé. **<u>Domaine 3.4 :</u>** Développement de stratégies de prophylaxie et de traitement des IO et par les ARV. **<u>Domaine 3.5 :</u>** Développement des centres de traitement ambulatoires (CTA).

			<u>Domaine 3.6 :</u> Développement des services sanitaires de base au niveau communautaire.
		<u>Objectif intermédiaire 7</u>*:* Assurer le soutien psycho-économique, la protection et la promotion des droits des personnes dépistées, des enfants non accompagnés, des veuves et des familles de 2002 à 2006.	**<u>Domaine 3.7 :</u>** Organisation du soutien psycho – économique et juridique des cibles concernées.
		<u>Objectif intermédiaire 8</u> : Promouvoir l'implication multisectorielle et pluridisciplinaire des PVVIH notamment par le concept GIPA de 2002 à 2006.	**<u>Domaine 3.8 :</u>** renforcement des stratégies novatrices d'implication des PVVIH dans la lutte contre le VIH/SIDA.
<u>Axe IV</u>: Renforcement des mesures de réduction de la pauvreté et intégration de la dimension genre dans la lutte contre le VIH/SIDA.	**<u>Objectif général 4 :</u>** Intégrer les dimensions pauvreté /genre /VIH dans les politiques et les plans sectoriels de la lutte contre le VIH/SIDA dans le pays durant la période d'exécution du PNM.	**<u>Objectif intermédiaire 9 :</u>** Améliorer les conditions socio – économiques des PVVIH, leurs familles et leurs communautés de 2002 à 2006.	**<u>Domaine 4.1</u>** : Développement des activités génératrices de revenus.
		<u>Objectif intermédiaire 10 :</u> Améliorer les conditions socio – économiques et juridiques des jeunes filles et des femmes de 2002 à 2006.	**<u>Domaine 4.2</u>** : Amélioration de l'accès des PVVIH et de leurs familles aux services divers (emploi, mutuelle, scolarisation, alphabétisation, crédits, etc**.**

			<u>Domaines 4.3</u> : Amélioration de l'accès des jeunes filles et des femmes aux opportunités socio – économiques. **<u>Domaine 4.4</u>** : Promotion et protection juridique de la femme en général et celles des petites filles en particulier contre le viol, les sévices corporels, l'exploitation et la domination.
<u>Axe V</u>: Renforcement de la réponse, promotion du partenariat et de la coordination multisectorielle		**<u>Objectif intermédiaire11 :</u>** Améliorer les mécanismes de partenariat national, régional et international en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA. **<u>Objectif intermédiaire 12</u>** : Accroître les capacités organisationnelles, institutionnelles et fonctionnelles des structures des secteurs impliqués dans la lutte notamment les associations des PVVIH.	**<u>Domaine 5.1 :</u>** renforcement du partenariat régional et international. **<u>Domaine 5.2 :</u>** Développement du plaidoyer pour la mobilisation en faveur de la lutte **<u>Domaine 5.3 :</u>** renforcement des capacités fonctionnelles des structures des secteurs impliqués à la lutte.

			Domaine 5.4 : Développement de la recherche.
		Objectif intermédiaire 13 : Développer une coordination multisectotrielle des interventions de la lutte contre le VIH/SIDA au niveau central, intermédiaires et périphérique.	**Domaine 5.5 :** renforcement de la décentralisation des structures et des interventions de la lutte contre le VIH/SIDA. **Activité 5.6 :** Amélioration de la coordination multisectorielle des interventions.

A N N E X E V :

Liste des Structures, des Personnalités et Responsables Techniques rencontrés

Liste des Structures, des Personnalités et Responsables Techniques rencontrés

5.1 **Structures** :

- CNLS
- Secrétariat Exécutif de la CNLS
- Unité Economique du PNUD
- Bureau de la Première Dame
- Unité VIH/SIDA du MINEDUC
- Programme SIDA de l'APR
- TRAC
- CPLS – BUTARE
- CPLS – GISENYI
- CPLS – KIBUNGO
- CULS – KIGALI – VILLE
- Coopération Française
- USAID

5.2 **Personnalités et Responsables Techniques**

- Président de la CNLS
- Ministre de la Santé
- Conseiller de L'ONUSIDA au Rwanda
- Assistant au Représentant Résident du PNUD
- Délégué du Projet Régional du PNUD sur le VIH/SIDA et Développement
- Représentant de l'OMS
- Point focal SIDA de l'OMS
- Représentant de l'UNICEF
- Point focal SIDA de l'UNICEF
- Directrice de la Santé et des Affaires Sociales à la Présidence de la République
- Conseiller Technique Français à la Direction de l'Epidémiologie
- Secrétaire Exécutif de la GLIA et ancien Directeur du PNLS

A N N E X E VI :

Guide d'entretien collectif

Guide d'entretien collectif

- Présentation de l'Equipe de Consultants et des membres du Groupe interviewé
- Présentation de l'objet de la Mission par le Chef de Mission :
    - Logique de la poursuite de la réorganisation de la lutte entamée depuis 1998
    - Absence d'un cadre Stratégique et d'un Plan d'action multisectoriel de la lutte contre le VIH/SIDA et leur nécessité urgente
    - Attentes du gouvernement et des Partenaires vis – à – vis de ces documents
    - Exposé sur la méthodologie de travail des Consultants sur les axes stratégiques, les Secteurs d'intervention et des nouvelles approches de la lutte contre le VIH/SIDA

- Présentation des activités VIH/SIDA de la structure rencontrée
- Résultants obtenus de la mise en œuvre des actions développées
- Difficultés rencontrées :

    - Surmontées
    - Non surmontées

- Structures d'exécution technique outre que la structure interviewée

- Structures partenaires de financement

- Leçons tirées de l'expérience de lutte contre le VIH/SIDA dans la structure :

    - Acquis de la lutte
    - Limites de la lutte

- Attentes, perspectives et recommandations vis – à – vis :
    a) De la formulation du Cadre Stratégique 2002 – 2006
    b) De la formulation du PNM 2002 – 2006
    c) De la CNLS
    d) Du Gouvernement
    e) Des Partenaires